Ediția a·XVIII·a revăzută de:

William Silen

Diagnosticul precoce al ABDOMENULUI ACUT

EDITURA MEDICALĂ

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Cope's Early Diagnosis of the Acute Abdomen

Eighteenth Edition

Revised by

WILLIAM SILEN, M.D.

Johnson & Johnson Professor of Surgery
Harvard Medical School

New York Oxford
OXFORD UNIVERSITY PRESS
1991

ISBN 973-39-0226-8

Scanned with OKEN Scanner

OXFORD UNIVERSITY PRESS

Oxford, New York, Toronto
Delhi, Bombay, Calcutta, Madras, Karachi
Petaling Jaya, Singapore, Hong Kong, Tokyo
Nairobi, Dar es Salaam, Cape Town
Melbourne, Auckland

and associated companies in
Berlin, Ibadan

Copyright © 1957, 1963, 1968, 1972 by Oxford University Press, Inc.
Copyright © 1979, 1983, 1987, 1991 by P. A. L. Grace
First edition 1921
Eighteenth edition 1991

Published by Oxford University Press, Inc.
200 Madison Avenue, New York, New York 10016

Toate drepturile ediției românești aparțin în exclusivitate Editurii Medicale. Nici una din părțile acestei publicații nu poate fi reprodusă, depozitată pentru a fi refăcută sau transmisă, sub orice formă sau prin orice mijloc, electronic, mecanic, prin fotocopiere, înregistrare etc., fără permisiunea prealabilă a deținătorului Copyright-ului.

Scanned with OKEN Scanner

Prefață

În urmă cu 27 de ani, rugat de un editor să scriu un tratat despre durerea abdominală acută, am declinat oferta după o serioasă chibzuială, deoarece mi se părea imposibil de îmbunătățit cartea lui Z. Cope.

În 1980, oferindu-mi-se însă șansa de a revizui și moderniza această carte, am considerat că principala mea datorie era aceea de a păstra structura de bază care a făcut din *„Diagnosticul precoce al abdomenului acut"* o carte de căpătâi pentru atâtea generații de medici dar, în același timp, și aceea de a o completa cu date moderne și cu propria-mi experiență. Această sarcină mi-a fost ușurată prin faptul că între experiența mea clinică și cea a autorului original există, în multe domenii, un remarcabil acord.

Conform dorinței lui Z. Cope, am făcut toate eforturile să includ doar acele date care și-au găsit confirmarea repetată prin observație clinică și experiență personală, astfel încât nu am adăugat nici o indicație bibliografică. Principala orientare a cărții continuă să rămână deci *diagnosticul clinic*, mai mult decât cel paraclinic. Deși nu există dubiu că în ultima perioadă îmbunătățirea metodelor de resuscitare și o mai bună înțelegere a fiziologiei chirurgicale au avut un impact deosebit în ameliorarea supraviețuirii bolnavilor cu abdomen acut, tratarea detaliată a acestor teme depășește cadrul cărții de față.

Sir Z. Cope ar fi fost foarte surprins de proliferarea în ultimii ani a testelor de laborator atât invazive, cât și neinvazive. Aceste explorări au consfințit din ce în ce mai mult credința nefondată că unele din datele de laborator pot fi mai prețioase pentru diagnostic comparativ cu anamneza și examenul clinic; ca o consecință, se folosesc examene tot mai costisitoare și uneori periculoase. Această orientare este în parte responsabilă pentru creșterea costului îngrijirii medicale și, probabil, pentru o parte a morbidității și chiar a mortalității. Dar, efectul cel mai grav constă în atrofierea iscusinței în luarea anamnezei și efectuarea examenului clinic, mai ales că acestea sunt suficiente pentru stabilirea diagnosticului corect în majoritatea afecțiunilor abdominale acute. Întârzierile majore de diagnostic apar astăzi ca o consecință a efectuării unor examene de laborator complicate sau a unor manopere radiologice.

Cei ce au făcut recenziile ediților precedente ale acestei cărți au criticat omiterea acestor explorări paraclinice, care s-a făcut în favoarea accentuării continue a diferitelor aspecte ale durerii abdominale acute. Ca răspuns la acestea, am adăugat un nou capitol care să-l ajute pe cititor să aleagă din multitudinea explorărilor posibile care-i vin în minte pe cele mai adecvate cazului dat. În același timp, sunt din ce în ce mai

Scanned with OKEN Scanner

convins că încrederea crescândă în aceste date paraclinice noi și costisitoare în detrimentul evaluării clinice atente va duce la o scădere și nu la o creștere a calității asistenței medicale, motiv pentru care voi continua să subliniez aspectele clinice, a căror valoare a fost reconfirmată de propria-mi experiență.

Sir Zachary Cope s-a hotărât să scrie prima ediție a acestei cărți ca urmare a efectelor dezastruoase ale diagnosticului tardiv al abdomenului acut și care ar fi putut fi evitate prin detectarea la timp a adevăratei stări de lucruri. Mi s-a spus că editorul a acceptat cu greu manuscrisul, comentând că acesta nu conține prea multe lucruri noi! Credința mea este că aceste lucruri „vechi" își păstrează întreaga valabilitate, așa cum a fost și în 1921.

Sunt profund îndatorat domnului Jeffrey House de la Oxford University Press, care mi-a oferit posibilitatea recenzării acestei ediții; sunt, de asemenea, recunoscător doamnei Nancy Kaufman și doamnei Pamela Day pentru ajutorul neprecupețit în pregătirea manuscrisului.

În sfârșit, vreau să mulțumesc în mod special tuturor celor care mi-au oferit cunoștințe privind aspectele multiple ale durerii abdominale acute: profesori, elevi și mai ales pacienți.

W.S.

Boston
Iulie 1990

Scanned with OKEN Scanner

Preface

Some 27 years ago, I was asked by a publisher to write a treatise on acute abdominal pain, but after serious consideration declined because it seemed impossible to improve on what Cope had already accomplished. In 1980, when I was given the opportunity to revise and update Cope's book, it seemed to me that my responsability in accepting the assignment was to preserve the basic structure that has made *Early Diagnosis of the Acute Abdomen* a classic for so long, while at the same time bringing the text up-to-date in light of recent advances and of my own experience. This burden was lightened by the remarkable agreement I found in most areas between my experiences and those of the original author.

I have made every attempt to follow Cope's aim of including only those dicta that have been repeatedly confirmed by personal experience and observation. In keeping with this I have not added a bibliography. The book's major emphasis continues to be on *clinical* rather than laboratory diagnosis. There is little doubt that improved methods of resuscitation and a better understanding of surgical physiology have had a great impact in improving the survival of patients with acute abdominal disease, but a detailed consideration of these topics would entail the writing of another book.

Recent years have brought a proliferation of both invasive and noninvasive laboratory and radiological tests, the likes of which undoubtedly would have been a great surprise to Sir Zachary Cope. With these tests has come the unfounded belief that a number or a laboratory report is somehow more reliable than the clinical history or physical findings. The consequence has been an ever-increasing reliance on expensive and sometimes dangerous laboratory examinations. This trend is partly responsible for increasing the cost of medical care, and perhaps for some morbidity and even mortality. The more pernicious outcome, however, is the continuing atrophy of the clinical skills of history taking and physical examination. Even today, it remains true that the vast majority of diagnoses of patients with acute abdominal pain are still made on the basis of a careful history and physical examination. The major delays in diagnosis today are those imposed by the need that some feel to obtain special complicated tests and X-ray examinations.

Reviewers of recent editions of this book have criticized the omission of these new tests in favor of continued emphasis on the clinical aspects of acute abdominal pain. In response, I have added a new chapter that attempts to guide the reader in selecting appropriate tests rather than employing every conceivable investigation that comes to mind.

Scanned with OKEN Scanner

At the same time, I am more convinced than ever that overreliance on these new and costly tests at the expense of a careful clinical evaluation will diminish rather than improve the quality of care of patients with acute abdominal pain. For this reason, I shall continue to emphasize the clinical pointers that were found to be so useful by Cope and whose value has been reaffirmed by my own experience.

Sir Zachary Cope set out to write the first edition because he encountered so many cases where inordinate delay in clinical diagnosis led to a disastrous outcome that might have been averted by earlier detection of the true state of affairs. I am told that the publisher accepted the manuscript for the first edition after commenting that it contained little that was terribly new. I suspect that these two conditions pertain today as much as they did in 1921.

I am deeply indebted to Mr. Jeffrey House of the Oxford University Press, who made it possible for me to accept the challenge of revising this book. I am particularly grateful to Ms. Nancy Kaufman and to Ms. Pamela Dale for their superb assistance in preparing the manuscript.

Finally, I should like to pay special tribute to all who have taught me about acute abdominal pain, including my teachers, my pupils, and particularly my patients.

W.S.

Boston
July 1990

Scanned with OKEN Scanner

Extrase din prefața primei ediții

Majoritatea medicilor cu experiență vor fi probabil de acord că precocitatea diagnosticului în acele afecțiuni, numite generic abdomen acut, este de o importanță covârșitoare. Există încă mulți care nu dau importanța cuvenită simptomatologiei precoce sau mai puțin evidente, așteptând elemente clinice, cum sunt tahicardia și rigiditatea musculaturii abdominale, pentru stabilirea diagnosticului de apendicită acută, sau le vine foarte greu să creadă în posibilitatea existenței unui ulcer gastric perforat în absența distensiei abdominale și în fața unor curbe normale ale pulsului și temperaturii.

De aceea, s-ar impune scrierea unei cărți care să trateze doar diagnosticul precoce al acestor cazuri, nemaifiind nevoie să se sublinieze încă o dată că diagnostic precoce înseamnă prognostic mai bun. Deși încercarea de a suplini această deficiență poate fi considerată inadecvată, efortul autorului a fost cel puțin îndreptat în a obține din partea cititorului o judecată cât mai corectă în evaluarea simptomelor și semnelor disparate prezente în afecțiunile abdominale.

Cele câteva referințe precum și lipsa bibliografiei se explică doar prin faptul că autorul nu a scris decât despre lucruri învățate de la înaintași de marcă, precum: Murphy, Moynihan, Rutherford Morison, Maylard și mulți alții, ca și despre cele frecvent confirmate de propria-i experiență.

În același timp, a adăugat o serie de elemente de diagnostic clinic a căror importanță a fost complet sau parțial ignorată înainte; în prima categorie pot fi menționate: durerea humerală, cauzată de iritația frenică, în localizarea unei afecțiuni abdominale, testul obturator, diferențierea între durerea toracică și cea abdominală. În a doua categorie pot fi menționate: hiperestezia cutanată cauzată de distensia apendicelui inflamat, sonoritatea patognomonică pe linia axilară în aria de proiecție hepatică în caz de ulcer perforat și semnificația durerii testiculare din apendicită.

ZACHARY COPE

Londra
Iunie 1921

Scanned with OKEN Scanner

Extract from the preface to the first edition

All who have had much experience of the group of cases known generally as the acute abdomen will probably agree that in that condition early diagnosis is exceptional. There are still many who do not appreciate to the full the significance of the earlier and less flagrant symptoms of acute abdominal disease, who regard an increased frequency of the pulse and rigidity of the overlying abdominal muscles as necessary accompaniments of the early stage of appendicitis, or find it hard to believe that a patient with a nondistended abdomen and normal pulse and temperature can be the victim of a perforated gastric ulcer.

It would appear, therefore, that there is room for a small book dealing solely with the early diagnosis of such cases, for there is little need to labour the truism that earlier diagnosis means better prognosis. Though the present attempt to supply the deficiency may be inadequate, the author has at least endeavoured to assist the reader to attain a correct judgment in the evaluation of the various puzzling symptoms present in urgent abdominal disease.

Few references are inserted and no bibliography is appended; for whilst the writer readily acknowledges the great debt which he owes to the teaching of such leaders as Murphy, Moynihan, Rutherford Morison, Mayland, and many others, it has been his aim to put down nothing which has not been frequently confirmed and demonstrated in his own experience.

At the same time he has introduced many diagnostic points which he believes have either never previously been recorded or to which insufficient attention is usually paid. In the former category may be mentioned the localizing diagnostic value of phrenic shoulder pain, the obturator test, and the test for differentiating between pain of thoracic and abdominal origin; whilst in the latter the area of hyperaesthesia caused by a distended inflamed appendix, the pathognomonic axillary area of liver resonance in cases of perforated ulcer, the psoas-extension test, and the confusing significance of testicular pain, serve as examples.

ZACHARY COPE

London
June 1921

Scanned with OKEN Scanner

Cuprins

1. Principiile diagnosticului în boala abdomenului acut 21
2. Metodologia diagnosticului: anamneza 34
3. Metodologia diagnosticului: examenul obiectiv 42
4. Metodologia diagnosticului: gruparea simptomelor și semnelor 53
5. Explorările de laborator și examenele radiologice 64
6. Apendicita 72
7. Diagnosticul diferențial al apendicitei 87
8. Perforația ulcerului gastric sau duodenal 106
9. Pancreatita acută 118
10. Colecistita și alte cauze ale durerii acute în cadranul superior drept al abdomenului 125
11. Leziuni abdominale acute pornind din hipocondrul stâng 134
12. Colicile 137
13. Ocluzia intestinală acută 144
14. Invaginația intestinală acută și alte cauze de ocluzie 166
15. Diagnosticul precoce al herniilor strangulate și obstrucționate 177
16. Simptomele abdomenului acut datorate leziunilor vasculare .. 184
17. Simptomele abdomenului acut la femei 194
18. Sarcina ectopică precoce 201
19. Boala abdomenului acut cu simptome genitourinare 211
20. Diagnosticul peritonitei acute 215
21. Diagnosticul precoce al traumatismelor abdominale 222
22. Abdomenul postoperator 231
23. Abdomenul acut în climatul tropical 239
24. Afecțiuni ce pot simula abdomenul acut 247
25. Durerea abdominală acută la pacientul imunocompromis 257

Index 261

Scanned with OKEN Scanner

Contents

1. The principles of diagnosis in acute abdominal disease 21
2. Method of diagnosis: the history 34
3. Method of diagnosis: the examination of the patient 42
4. Method of diagnosis: the grouping of symptoms and signs 53
5. Laboratory and radiological tests 64
6. Appendicitis 72
7. The differential diagnosis of appendicitis 87
8. Perforation of gastric or duodenal ulcer 106
9. Acute pancreatitis 118
10. Cholecystitis and other causes of acute pain in the right upper quadrant of the abdomen 125
11. Acute abdominal lesions arising in the left hypochondrium 134
12. The colics 137
13. Acute intestinal obstruction 144
14. Intussusception and other causes of obstruction 166
15. The early diagnosis of strangulated and obstructed hernias 177
16. Acute abdominal symptoms due to vascular lesions 184
17. Acute abdominal symptoms in women 194
18. Early ectopic gestation 201
19. Acute abdominal disease with genitourinary symptoms 211
20. The diagnosis of acute peritonitis 215
21. The early diagnosis of abdominal injuries 222
22. The postoperative abdomen 231
23. The acute abdomen in the tropics 239
24. Diseases that may simulate the acute abdomen 247
25. Acute abdominal pain in the immunocompromised patient 257

Index 261

Scanned with OKEN Scanner

Planșe

1. Mușchii parietali ai abdomenului.

RADIOGRAFII

2. Prezența aerului liber între diafragm și ficat, într-un caz de ulcer peptic perforat.
3. Apendicită perforată cu peritonită la un copil cu fecolit clasic.
4. Examinare ultrasonografică a veziculei biliare evidențiind calculi și „umbre" dincolo de calculi.
5. Examinare ultrasonografică evidențiind un foarte mare anevrism abdominal în secțiune transversală.
6. Obstrucție ileală prin aderențe.
7. Niveluri multiple de lichid în intestinul subțire într-un caz de ocluzie intestinală.
8. Serii de radiografii luate în timpul administrării unei clisme baritate într-un caz de invaginație.
9. Volvulusul cecului.
10. Volvulusul sigmoidului.
11. Clismă baritată la pacientul din planșa 10.
12. Radiografie simplă evidențiind aer liber în arborele biliar la un pacient cu ocluzie a ileonului prin calculi biliari.
13. Obstrucția colonului printr-un carcinom de sigmoid.
14. Clismă baritată evidențiind un abces pericolic și un traiect fistulos ce pornește dintr-o diverticulită sigmoidiană.

Scanned with OKEN Scanner

Plates

1. Parietal muscles of the abdomen.

RADIOGRAPHS

2. Free gas between the diaphragm and the liver in a case of perforated peptic ulcer.
3. Perforated appendicitis with peritonitis in a child with a classical fecolith.
4. Ultrasound examination of the gallbladder, showing calculi and „shadows“ beyond the stones.
5. Ultrasound examination showing a very large abdominal aneurysm in transverse section.
6. Ileal obstruction by adhesions.
7. Multiple fluid levels in the small intestine in a case of intestinal obstruction.
8. Series of radiographs taken during the administration of a barium enema in a case of intussusception.
9. Volvulus of the cecum.
10. Volvulus of the sigmoid.
11. Barium enema of the patient shown in Plate 10.
12. Plain film showing free air in the biliary tree in a patient with gallstone obstruction of ileum.
13. Obstruction of the colon by a carcinoma of the sigmoid.
14. Barium enema showing a pericolic abscess and a fistulous tract arising from sigmoid diverticulitis.

Scanned with OKEN Scanner

1. Principiile diagnosticului în boala abdomenului acut

Înainte de a detalia diferitele forme ale durerii din abdomenul acut, trebuie stabilite câteva principii care constituie baza formulării cu succes a diagnosticului în cazul urgenței abdominale.

Necesitatea de a pune un diagnostic

Primul principiu *implică necesitatea de a face un efort serios și minuțios de diagnosticare*, de obicei sau preponderent cu ajutorul anamnezei și al examenului clinic.

Durerea abdominală reprezintă una din cele mai frecvente situații care impun un diagnostic și tratament prompt, mai ales că, în majoritatea cazurilor, durerea este principala acuză în abdomenul acut. Însăși termenii consacrați de „abdomen acut" și de „urgență abdominală", constant utilizați în asemenea cazuri, semnifică nevoia unui diagnostic prompt și a unui tratament precoce, nu neapărat, sau totdeauna, chirurgical. *Termenul de „abdomen acut" nu trebuie să fie niciodată egalizat cu „nevoia invariabilă de operație"*. Totuși, este de notorietate faptul că, în fața unui pacient suferind de o durere abdominală severă, este adesea foarte greu de a fi sigur despre leziunea intraabdominală exactă care a declanșat simptomele. În unele cazuri, nevoia urgentă a intervenției chirurgicale poate fi atât de evidentă, încât transferul pacientului într-un serviciu de profil chirurgical devine indiscutabil. În alte cazuri, dacă există dubii, simptomatologia fiind mai puțin clară, medicul examinator poate considera că ar fi mai înțelept de a discuta problemele pacientului în consult cu un coleg practician, înainte de a decide orice conduită terapeutică. Există unele situații când simptomele sunt oarecum incerte, sugerând o posibilă evoluție spre ameliorarea spontană a acestora, care ar justifica o conduită de așteptare, de temporizare, dar numai cu condiția ca bolnavul să fie supravegheat cu atenție și la intervale frecvente. Deși în anumite cazuri este imposibilă certitudinea diagnosticului, este un bun obicei de a lua hotărârea de diagnosticare

Scanned with OKEN Scanner

și de a decide conduita terapeutică în fiecare caz; se va constata astfel, după scurt timp, că procentajul diagnosticelor corecte va crește rapid.

Faptul că mai există încă și alte posibilități de ameliorare în această direcție nu poate fi negat. Chirurgul operator nu poate fi scutit de învinovățire dacă, din comoditate, posedând o relativă siguranță în efectuarea actului operator și având la îndemână utilizarea tomografiei computerizate (CT) și a ultrasonografiei, ar prefera, ocazional, să facă un examen clinic superficial acelor pacienți pe care-i consideră, numai pe baza experienței sale preliminare, că au urgentă nevoie de laparotomie. Dacă fiecare chirurg ar face un efort susținut de a stabili întotdeauna un diagnostic preoperator, știința elucidării bolii abdomenului acut ar avansa considerabil. Nu există domeniu în care diagnosticul să necesite să fie și să poată fi pus cât mai precis ca în cazul urgențelor abdominale, deoarece în nici o altă situație medicul nu are prilejul de a corela atât de bine simptomele tabloului clinic cu aspectele anatomopatologice.

Numai prin efectuarea unei anamneze minuțioase și prin examinare fizică completă se poate propune un diagnostic demn de a fi luat în considerare și numai dacă s-au recunoscut stadiile precoce ale bolii și observat cele dintâi simptome. În comparație cu medici de altă specialitate, medicul generalist ar avea cele mai bune ocazii de a lua în considerare aceste prime simptome, el fiind cel dintâi care intră în contact cu bolnavul, astfel încât observațiile sale pertinente ar putea constitui un mare ajutor informațional. Încercarea de a pune un diagnostic specific previne neglijența, iar neglijența în diagnosticul urgenței abdominale este strâns înrudită cu cruzimea.

Afirmația că diagnosticul corect este pasul preliminar esențial pentru un tratament corect este un truism. Multe rezultate negative serioase datorate unor concluzii pripite și greșite ar putea fi ușor evitate printr-un efort real de discernământ clinic.

Un diagnostic fulger, făcut rapid, poate fi magnific, dar nu este temeinic. Impresionează, dar este nesigur, chiar periculos. Procesul deductiv și cel inductiv pornite corect de la fapte și observații reale, necesare pentru formarea unor opinii clare, asigură medicului observator al pacientului o bună disciplină mentală. Concret, îl ajută la formarea unor automatisme sub formă de date și tablouri clinice imprimate în memorie, care oricând pot fi readuse în actualitate și folosite în viitor în alte cazuri similare, dându-i în același timp un sentiment de satisfacție, ușor diminuat atunci când opinia sa inițială s-a dovedit a fi incorectă. Adesea, dacă nu întotdeauna, se învață mai mult în cadrul analizei procesului de stabilire a diagnosticului, atunci când se detectează concluziile greșite ce au dus la un diagnostic incorect, decât atunci când, cu o satisfacție temporară, s-a ajuns la o diagnosticare corectă.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul precoce

Indiscutabil că în boala abdomenului acut de cea mai mare importanţă este *diagnosticarea precoce*. Ca şi „omul de afaceri" care şi-a luat drept motto *„do it now!"* („acţionează acum!"), „omul medical", când este confruntat cu o urgenţă abdominală, trebuie să aibă mereu în minte imperativul: „stabileşte diagnosticul acum". Pacientul ţipă de durere, cerând ajutor, rudele sau cei apropiaţi cer cu insistenţă să se facă ceva, iar discipolul „uman" al lui Aesculapius este înclinat să diminueze sau să îndepărteze cele două suferinţe menţionate, evident chinuitoare, prin administrarea unui narcotic. Fără îndoială că administrarea unui narcotic de către un medic care *nu* este răspunzător pentru diagnosticul şi tratamentul final al bolnavului respectiv poate duce la o serioasă întârziere şi, posibil, la o gravă eroare a deciziei terapeutice. Înţelegerea faptului că un narcotic poate modifica sau camufla tabloul clinic al acestor bolnavi a dus la apariţia unui regretabil aforism, conform căruia narcoticele nu trebuie niciodată administrate decât numai după ce un diagnostic a fost bine stabilit. Datorită numărului mare de personal medical (surori, studenţi în medicină, interni, medici de diferite grade etc.), în unităţile medicale de urgenţă moderne, care consumă în mod inegal timpul bolnavilor, la care se adaugă timpul necesar pentru efectuarea unor explorări paraclinice, adesea consumat înaintea luării unei anamneze minuţioase, şi timpul necesar examenului clinic, se ajunge uneori la situaţia care obligă pacientul suferind să aştepte mai multe ore înainte de a i se înlătura sau alina durerea. Această practică nemiloasă este condamnabilă, dar cred că vor trebui să mai treacă câteva generaţii pentru a o elimina complet, atât de puternic este înrădăcinată în mintea medicilor.

Soluţia ideală a acestei probleme este ca bolnavul să fie luat în primire, cât mai repede posibil, chiar de către *chirurgul responsabil*. Un astfel de chirurg, cu experienţa sa, poate realiza, într-o perioadă de timp relativ scurtă, o anamneză adecvată, un examen fizic pertinent, precum şi o tentativă de diagnosticare de etapă, după care înlăturarea durerii trebuie făcută fără ezitare. Dacă sunt necesare anumite explorări paraclinice, acestea vor fi efectuate după sedarea durerii, deci cu un confort mai mare pentru pacient. Dacă însă se vor face examinări repetate şi vor fi indicate explorări paraclinice de către medici fără experienţă, se va ajunge la o întârziere nejustificată a diagnosticării şi calmării precoce a durerii.

Există un fapt de observaţie curios, dar bine cunoscut, şi anume că sunt mulţi bolnavi la care durerea abdominală acută apare în timpul zilei, dar ei îndură suferinţa până spre seară, când acceptă să se interneze în spital. Ar însemna că importantele decizii ale chirurgului responsabil solicitat să fie luate în timpul nopţii, când acesta, după o zi de muncă, nu este în cea mai bună formă fizică şi mentală. Facultăţile sale de percepţie şi de rationament fiind diminuate, el este adesea tentat să temporizeze, să aştepte să vadă „cum merg lucrurile până dimineaţă".

Scanned with OKEN Scanner

Sunt puțini practicieni cu experiență care să nu fi regretat unele din aceste întârzieri decizionale nocturne atunci când ele s-au soldat cu dezastre. Expectativa, deși de înțeles, nu este decât rar scuzabilă. A suspecta o invaginație intestinală, a te gândi la posibilitatea existenței unei perforații de ulcer gastric și, totuși, a rămâne indecis o perioadă de opt sau zece ore echivalează cu a te juca cu viața pacientului. Faptul că bolnavul se prezintă târziu la medic îi impune acestuia să accelereze procesul de diagnosticare la maximum. *Se poate stabili, ca regulă generală, că orice durere abdominală intensă, apărută la pacienți în aparență sănătoși, fără acuze anterioare și care durează mai mult de șase ore, este determinată de o cauză de resort chirurgical.* Există, desigur, excepții, dar această generalizare sub formă de regulă este folositoare pentru că atrage atenția asupra importanței diagnosticului precoce. Intervenția chirurgicală este de obicei imperios necesară în caz de ulcer perforat, apendicită acută, ocluzie intestinală etc. și este bine cunoscut faptul că rezultatele sunt cu atât mai bune, cu cât operația a fost făcută mai precoce. Vechea concepție, prezentă încă în anumite medii, că întârzierea poate fi permisă se schimbă greu, ca toate obiceiurile. Modificarea opiniei publice în acest domeniu implică o educație sanitară care trebuie făcută de către medicul practician. Totuși, de la publicarea primei ediții a acestei cărți, publicul a început să recunoască beneficiul intervenției chirurgicale în condiții de abdomen acut, astfel încât doar rareori se mai găsesc pacienți care să refuze operația dacă ea este indicată cu insistență de către chirurg.

Frecvența vindecărilor cazurilor de abdomen acut crește direct proporțional cu precocitatea diagnosticului și a tratamentului. În ultimele decenii, s-a constatat o scădere considerabilă a mortalității în afecțiunile abdominale acute, în special privind apendicita acută sau alte procese infecțioase, cum ar fi diverticulita perforată. Acest fapt s-ar putea explica prin mai multe motive: introducerea antibioticelor, creșterea numărului chirurgilor competenți, dar și, după părerea mea, prin precocitatea diagnosticării.

S-ar putea nota, de asemenea, o ameliorare, deși nu de aceeași amploare, a rezultatelor tratamentului chirurgical în ocluzia intestinală prin hernie strangulată. Deși procesul de diagnosticare a simptomelor inițiale în ocluzia intestinală mai poate fi încă ameliorat, s-a ajuns totuși la concluzia că operația este mai sigură și preferabilă repetatelor încercări de reducere prin taxis (manual) a herniei strangulate.

Anamneza minuțioasă și completă și examenul clinic

Nu ar fi nevoie să se sublinieze importanța unui *examen clinic complet* în fiecare caz de abdomen acut. Examinările radiologice sau ultrasonografice, tomografia computerizată (CT) și marea mulțime de

Scanned with OKEN Scanner

teste de laborator, pe care le avem acum la dispoziție, nu vor putea compensa o anamneză superficială sau incompletă și o examinare fizică. Ca regulă generală, fără anamneză corectă și examen fizic complet nu se poate stabili un diagnostic corect de abdomen acut. Este la fel de importantă efectuarea de rutină a unui tușeu rectal ca și recomandarea unei radiografii abdominale. Mult mai precoce se poate diagnostica un abdomen acut prin palparea peritoneului pelvin decât prin CT. O examinare superficială se limitează la palparea abdomenului. Dacă acesta se dovedește a fi mai sensibil și cu tendință la rigiditate musculară, ar sugera posibilitatea unei peritonite localizate, diagnostic imediat infirmabil prin aplicarea la baza toracelui a unui stetoscop, ce ar putea pune în evidență o pleurezie diafragmatică.

Metoda și ordinea exactă de examinare fizică care urmează după anamneză reprezintă opțiunea individuală a fiecărui medic, dar schema personală, de rutină, aplicată de autor este indicată și descrisă în capitolele care urmează.

Cunoștințe de anatomie

Examenul fizic al abdomenului este de multe ori imperfect, deoarece practicianul nu ține cont de importantul *principiu de aplicare a cunoștințelor sale de anatomie*. La fiecare caz este de dorit a se cultiva obișnuința de a gândi anatomic. Cunoașterea relațiilor anatomice dintre structurile abdominale constituie un avantaj pentru medicul examinator. În general, nu este greu ca aceste relații să fie cunoscute. Aplicarea datelor de anatomie face diagnosticul mai interesant și mai rațional. Explicarea unor puncte și aspecte dubioase, diferențierea cauzelor posibile ale durerii și precizarea localizării exacte a zonelor dureroase din abdomenul acut depind adesea de câteva amănunte anatomice.

Valoarea anatomiei aplicate în diagnosticul afecțiunilor abdominale ar putea fi cel mai bine ilustrată prin considerarea acelor structuri anatomice cu variabilitatea cea mai mică a pozițiilor lor: mușchii voluntari și nervii cranieni. Planșa 1 arată clar poziția următorilor mușchi: diafragm, psoas, pătrat al lombelor, ridicător spinal, piriform, obturator intern. Oricare din acești mușchi ar putea să aibă o semnificație clinică, deoarece dacă unul din ei este iritat, în mod direct sau reflex prin modificări inflamatorii locale, poate deveni sensibil la palpare și chiar rigid, durerea fiind cauzată prin mobilitatea fibrelor sale. Dacă în general lumea medicală este familiarizată cu noțiunea de rigiditate a dreptului abdominal și a musculaturii laterale, atunci când există un focar inflamator subiacent sunt puțini cei care observă și dau importanță rigidității și imobilității diafragmului în cazul unui abces subfrenic, deoarece diafragmul este invizibil și nu se poate palpa. Totuși, clinic, imobilitatea diafragmului poate fi dedusă din afectarea mișcărilor res-

Scanned with OKEN Scanner

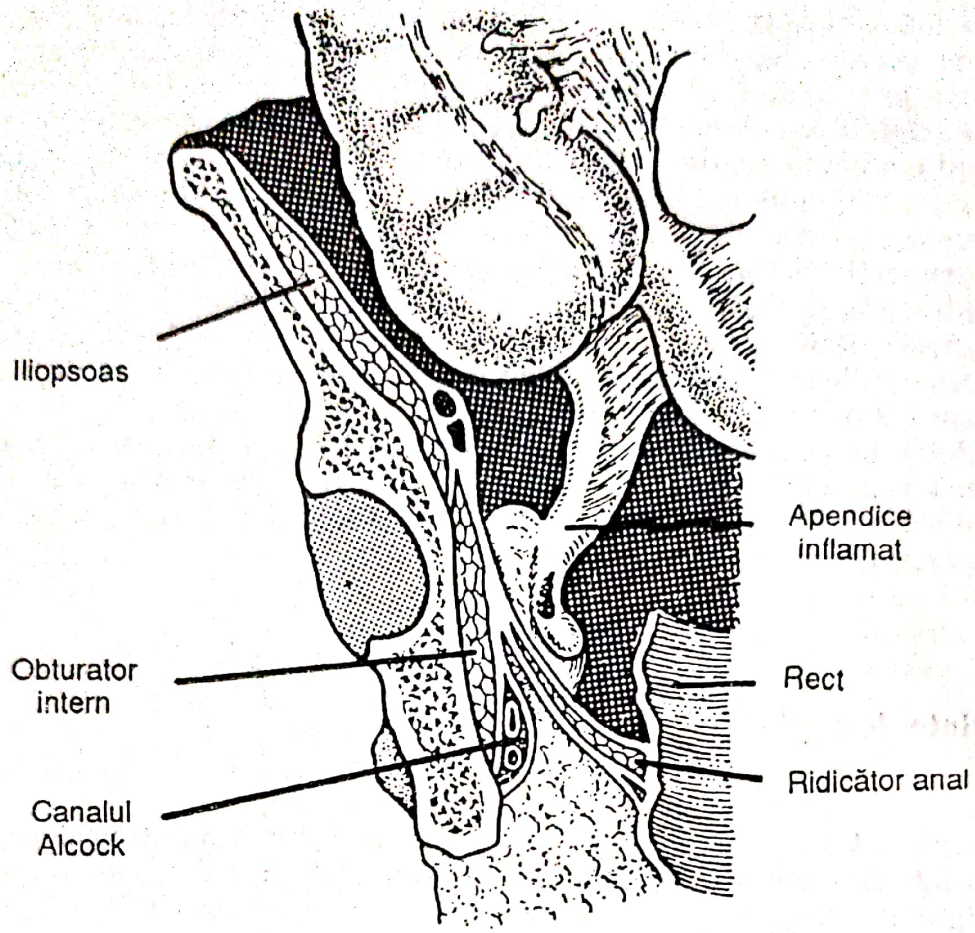


Fig. 1. Detalii anatomice privind testul obturatorului.

piratorii la nivelul bazei toracelui şi a părţii superioare a peretului abdominal.

Trebuie amintit că, în anumite cazuri de apendicită precum şi în alte procese inflamatorii ce produc iritaţia directă sau reflexă a psoasului, se poate remarca o flexie a coapsei pe bazin datorită contracţiei muşchiului afectat. Dar, ne putem întreba, cât de des testează cineva prezenţa acestor iritaţii, mai ales când intensitatea lor este mai redusă, aplicând metoda de a pune pacientul să stea culcat pe partea opusă leziunii şi, dacă întinde cât se poate coapsa afectată, să obţină durere sau o amplificare a ei, ca rezultat concludent? Pe de altă parte, muşchiul obturator intern este acoperit de o fascie densă şi nu poate fi iritat prea repede de inflamaţia pelvină; dar, dacă există un abces în vecinătatea imediată a fasciei (cauzat, spre exemplu, de o perforaţie apendiculară), va apărea o durere atunci când muşchiul respectiv este solicitat la maximum printr-o mişcare de rotaţie spre interior a coapsei în poziţie de flexie. Durerea este referită la hipogastru. Acest semn clinic este prezent în toate cazurile de apendicită pelvină şi poate apărea şi în alte circumstanţe, cum ar fi hematocelul pelvin, dar atunci denotă o modificare patologică categorică (fig. 1).

Scanned with OKEN Scanner

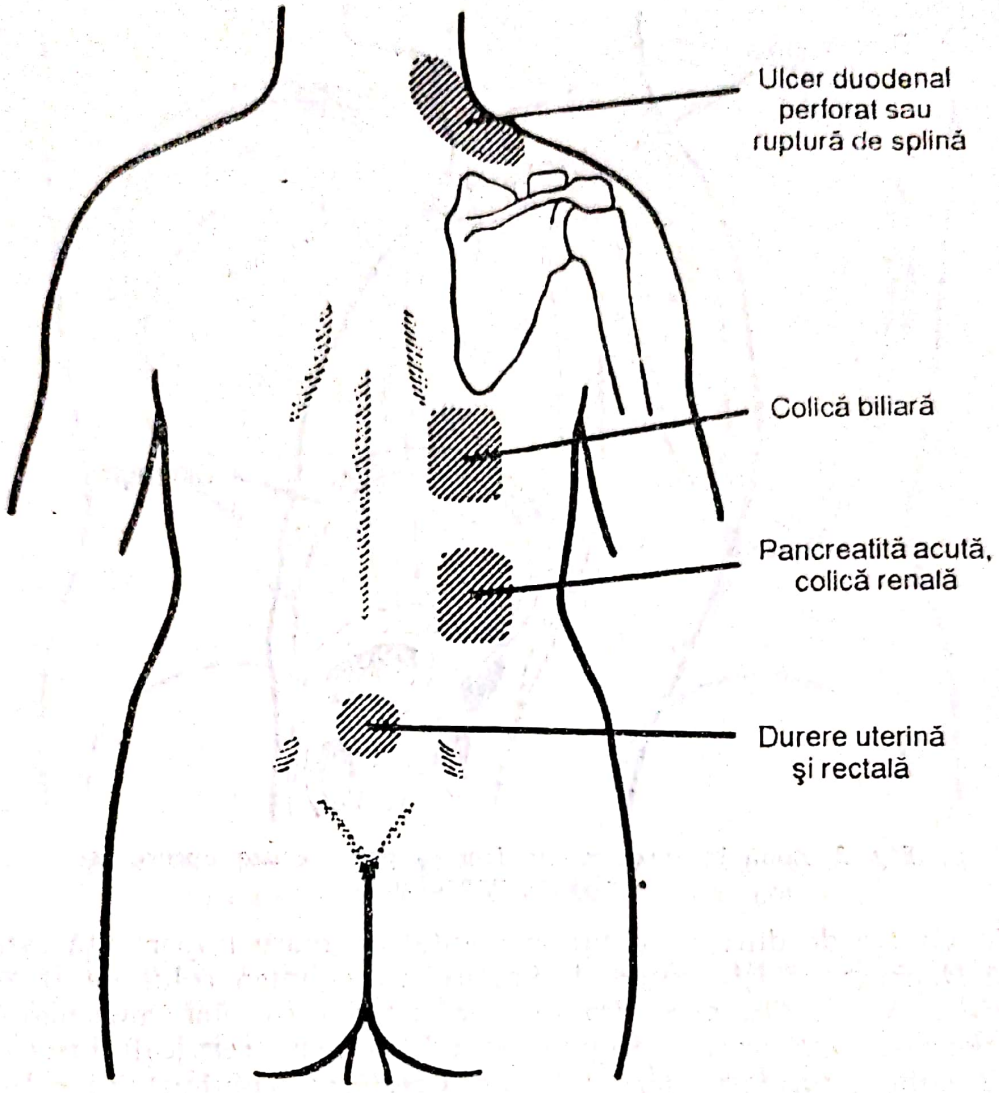


Fig. 2. Distribuția durerii la nivelul suprafeței posterioare a corpului în stările clinice de abdomen acut.

Aplicarea cunoștințelor de anatomie privind traiectoria și distribuția nervilor spinali este, de asemenea, importantă pentru diagnostic. Atunci când un pacient acuză o durere lombară care iradiază spre testicul, trebuie amintit faptul că testiculul se dezvoltă embriologic în aceeași regiune ca și rinichiul și, deși testiculul coboară spre scrot imediat înainte de naștere, atunci când este în suferință el „își arată simpatia" pentru structura intraabdominală alături de care s-a dezvoltat, servind ca indicator pentru suferința rinichiului. Evident, durerea îndreptată spre testicul nu denotă întotdeauna o maladie genitourinară primară. Probabil că principala inervare a apendicelui vermiform provine din al X-lea segment dorsal, astfel încât o durere într-unul sau în ambele testicule poate fi provocată de o apendicită. Distribuția durerii la nivelul peretelui dorsal trebuie, de asemenea, notată (fig. 2).

Scanned with OKEN Scanner

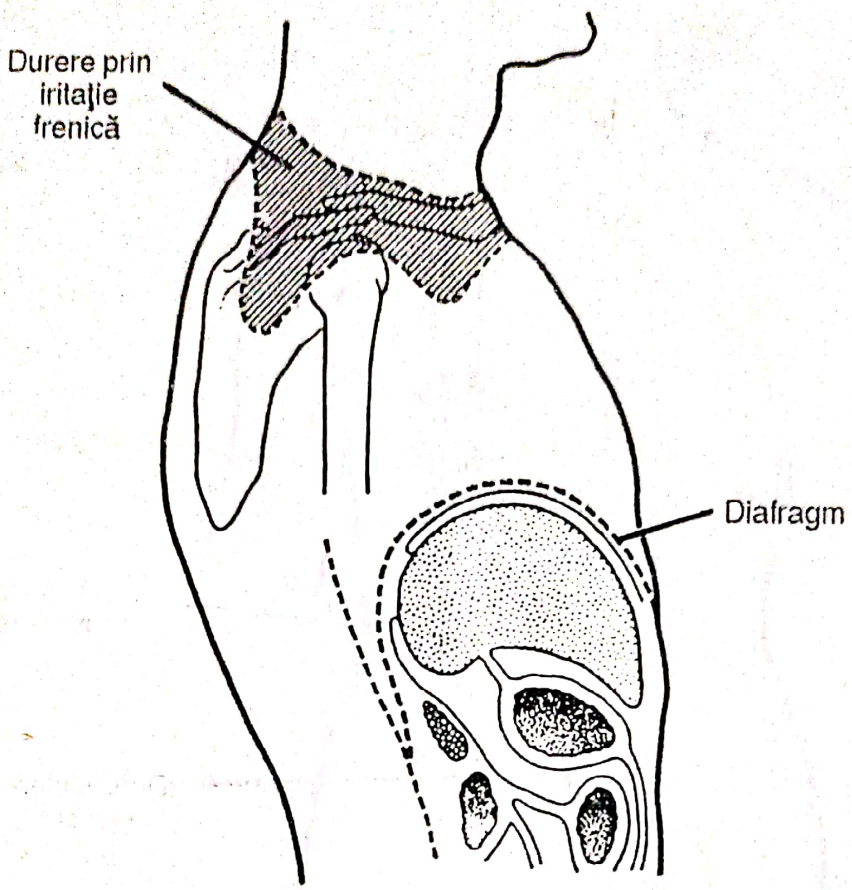


Fig. 3. Zona în care iritaţia frenică poate cauza durere la nivelul umărului.

Un alt tip de durere de tip segmental, de mare importanţă, este cea frenică. Diafragmul îşi începe dezvoltarea în regiunea celui de-al IV-lea segment cervical, din care provine majoritatea fibrelor musculare. Fibrele nervoase cu aceeaşi origine (al IV-lea nerv cervical) însoţesc pe cele musculare, formând nervul frenic. Creşterea conţinutului cutiei toracice determină deplasarea caudală a diafrgmului şi poziţia finală a acestuia. Nervii frenici se alungesc pentru a urma muşchiul în deplasarea sa, astfel încât, din punct de vedere diagnostic, această deplasare de la poziţia iniţială este foarte importantă, deoarece orice durere resimţită în regiunea abdominală superioară sau în cea toracică inferioară sau orice hiperestezie detectată în zona de distribuţie a celui de-al IV-lea nerv cervical ne fac să presupunem că diafragmul este iritat de o leziune inflamatorie sau de altă natură. Semnificaţia diagnostică a unei dureri continue sau intermitente în această zonă (regiunea de distribuţie a celui de-al IV-lea nerv cervical) este încă, uneori, fie neînţeleasă, fie serios neglijată. Durerea referită la extremitatea superioară a umărului poate fi singurul semnal clinic al unui abces hepatic cu tendinţă la perforare transdiafragmatică. Când un ulcer gastric perforează, lichidul gastric care se scurge poate atinge suprafaţa inferioară a diafragmului, iritând terminaţiile nervului frenic în una sau în ambele părţi, determinând astfel durere în unul sau în amândoi umerii, în porţiunea lor su-

Scanned with OKEN Scanner

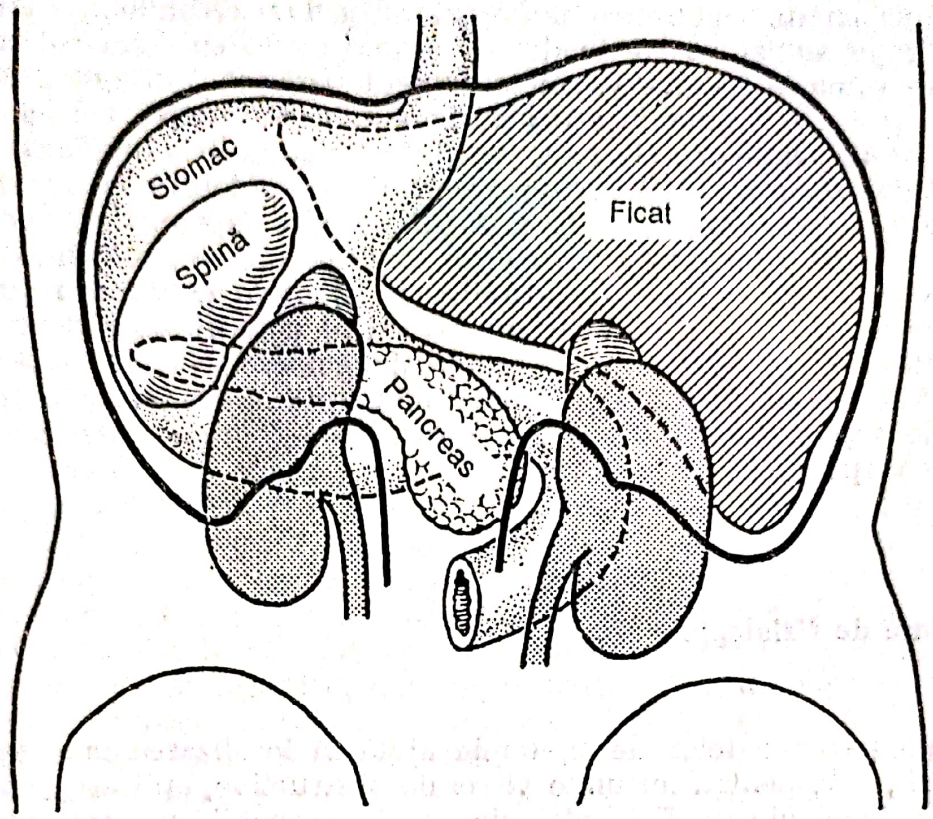


Fig. 4. Raporturile viscerelor cu diafragmul (vedere posterioară după ablația porțiunii posterioare a diafragmului).

perioară. Durerea referită în regiunea umărului poate, de asemenea, să apară și în cazuri de abces subfrenic, pleurezie diafragmatică, pancreatită acută, ruptură a splinei și în unele cazuri de apendicită cu peritonită. Ea este percepută fie în fosa supraspinoasă, deasupra acromionului sau claviculei, fie în fosa subclaviculară (fig. 3). Durerea localizată la vârful umerilor indică o iritație a diafragmului median. Nu este suficient să afli de la pacient că îl doare umărul, deoarece o durere la baza gâtului poate fi înregistrată uneori ca o durere la vârful omoplatului, într-o anamneză mai puțin meticuloasă. De asemenea, se poate trece cu ușurință peste o durere a umărului prin faptul că pacientul o atribuie unei „artrite". Uneori, când diafragmul este iritat de o leziune de vecinătate, cum ar fi acumularea de sânge datorită unei rupturi a splinei, palparea în regiunea cervicală a nervului frenic poate declanșa durere.

Erori de diagnostic rezultă, de asemenea, din faptul că nu se iau în considerare și alte detalii anatomice (de exemplu, lipsa de reprezentare în peretele abdominal muscular a segmentelor care formează pelvisul), astfel încât iritația nervilor pelvini (din pelviperitonită) nu determină rigiditatea peretelui muscular abdominal. Peritonita care începe profund în pelvis poate, deci, să nu fie acompaniată de nici o rigiditate a peretelui abdominal.

Scanned with OKEN Scanner

În principiu, rigiditatea peretelui muscular abdominal, ca răspuns la o iritație subiacentă, este direct proporțională cu numărul de fibre nervoase somatice ce inervează peritoneul parietal. Întregul perete abdominal poate fi divizat în arii *manifeste* și *nemanifeste*, dar numai cele dintâi, cu inervație mai bogată, determină rigiditate musculară reflexă. La nivelul pelvisului și al porțiunii centrale a peretelui abdominal posterior, se pot localiza procese inflamatorii acute (apendicită, abcese) și, totuși, nu există rigiditate musculară corespunzătoare, de unde dificultatea de diagnosticare a unui apendice inflamat în pelvis sau retroileal.

Figurile 1—4 relevă importanța aplicării cunoștințelor de anatomie în stabilirea diagnosticului afecțiunilor abdominale. Nu mai este necesar să insistăm asupra importanței pentru diagnostic a cunoașterii datelor de anatomie topografică a viscerelor abdominale (poziția, mărimea și raportele respective).

Cunoștințe de fiziologie

Cunoașterea datelor de anatomie ajută la localizarea proceselor inflamatorii, dar, pentru leziunile viscerale obstructive, aplicarea cunoștințelor de fiziologie și fiziopatologie joacă, probabil, un rol mult mai important.

De multe ori, durerile din urgențele abdominale sunt determinate de starea anormală a unor viscere cavitare, ai căror pereți sunt prevăzuți în special cu fibre musculare netede. Aceste viscere cavitare, în caz de inflamație, nu au o sensibilitate deosebită și nu sunt, în mod inevitabil, sensibile la palpare. Este posibil ca pacientul să nu simtă durere, chiar în condiții de strivire, tăiere sau rupere a intestinului. *Stimulii recunoscuți a declanșa durerea în aceste viscere cavitare sunt tracțiunea, distensia și contracția excesivă împotriva unei forțe de rezistență.* Punerea în evidență a unei dureri la nivelul unui viscer cavitar cu musculatură involuntară va indica deci fie distensie locală, gaze sau lichid, fie o contracție viguroasă. Când această durere localizată la nivelul tubului intestinal este de intensitate moderată, ea se numește, de obicei, flatulență, iar, dacă intensitatea ei este foarte mare și se localizează nu numai în intestin dar și în alte viscere cavitare (rinichi, uretere, căi biliare, uter), ea este denumită colică. O colică severă indică totdeauna o obstrucție de organ cavitar, de multe ori temporară, determinând distensie locală sau contracții peristaltice. Ea apare în *paroxisme*, adesea de o violență extremă și se îndreaptă spre teritoriile de distribuție segmentală corespunzătoare segmentului medular din care derivă inervația simpatică a viscerului afectat. Colica având origine la nivelul intestinului subțire determină o durere îndreptată îndeosebi spre regiunile epigastrică și ombilicală, pe când colica având origine la nivelul intestinului gros este percepută de obicei în hipogastru. Colica secundară distensiei căilor biliare este

Scanned with OKEN Scanner

resimțită de obicei în regiunea subscapulară dreaptă, în timp ce colica renală se simte în regiunea lombară, uneori cu iradiere în testicului corespunzător. Colica severă este una din cele mai teribile încercări la care poate fi supusă o ființă umană. Pacienții sunt agitați, se zvârcolesc, se răsucesc, se chircesc, căutând mereu o poziție antalgică pe care nu o găsesc. Aceste elemente caracteristice pentru durerea cauzată de o obstrucție sunt complet diferite de durerea cauzată de peritonită, care imobilizează bolnavul, orice mișcare, în general, amplificând durerea.

Un alt fenomen fiziologic important este acela că sensibilitatea provocată de iritația nervilor ca urmare a unei leziuni unilaterale nu este resimțită, de obicei, și controlateral. Spre exemplu, pleurezia dreaptă va produce uneori sensibilitate și rigiditate musculară numai în partea dreaptă, nu și în regiunea iliacă stângă. Dacă degetele examinatorului, bine inserate în fosa iliacă stângă, împingând profund spre dreapta, traversând linia mediană, vor produce o sensibilitate crescută, aceasta indică o leziune inflamatorie profundă în fosa iliacă dreaptă.

O durere izolată, oricât de severă ar fi, nu poate produce, singură, instalarea unui șoc, așa cum este conceput el astăzi. Astfel, la unii pacienți cu ulcer perforat acut sau cu „colică biliară" care acuză de la debut paliditate, transpirații, tahicardie, tensiunea arterială poate fi normală sau chiar ușor ridicată din cauza eliberării de catecolamine. *Adevăratul șoc se instalează brusc, în câteva minute sau în una-două ore de la apariția durerii abdominale acute, sugerând o hemoragie intraabdominală.* Șocul care apare în stadiile mai tardive ale situațiilor catastrofale intraabdominale este rezultatul pierderii volumului intravascular din multiple cauze: (1) vărsături sau diaree, (2) sechestrarea lichidului din intestinul destins, (3) sechestrarea lichidului în cavitatea peritoneală inflamată sau (4) sângerarea în cadrul infarctului intestinal.

Durerea viscerală

Există câteva aspecte importante ce trebuie mereu avute în vedere în legătură cu senzația și durerea resimțite la nivelul intestinului subțire, al intestinului gros și al diverticulelor lor — apendicele vermiform, diverticulul Meckel, precum și ceilalți diverticuli atât de numeroși din intestinul gros.

Intestinele, ca atare, sunt insensibile la atingere și la inflamație atât timp cât nu este afectat peritoneul adiacent. Cu toate acestea, o durere severă poate surveni din oricare porțiune a intestinului atunci când lumenul său este destins sau când musculatura sa se contractă violent. Această durere este întotdeauna resimțită de-a lungul liniei albe a abdomenului, undeva anterior, cu excepția situației în care porțiunea de intestin afectată se află în imediata apropiere sau în contact cu peritoneul pereților abdominali, care este foarte bine inervat de nervi somatici sen-

Scanned with OKEN Scanner

zitivi. Aceste remarci sunt importante în special în cazul inflamațiilor apendiculare și ale veziculei biliare. În acest al doilea caz, hipersecreția de mucus, secundară inflamației și iritației mucoasei, determină distensia veziculei biliare, care se manifestă clinic prin durere abdominală cu sediu central. Totuși, la manipulare și presiune, această veziculă destinsă poate fi nedureroasă; durerea centrală poate scădea în intensitate, în timp ce procesul inflamator rămâne și se extinde treptat prin peretele vezicular, până ce produșii inflamației sau bacteriile penetrează acest perete, irită nervii peritoneului parietal, cauzând durere locală severă.

Corticosteroizii adrenali și boala abdomenului acut

Pacienții supuși cronic la corticoterapie pot fi afectați de acest tratament sub diferite forme ce vizează boala abdomenului acut.

1. Este bine cunoscut faptul că această terapie diminuează simptomele produse de procesul inflamator. *Orice inflamație acută, cu sau fără peritonită localizată sau generalizată, poate evolua mai silențios, fără ca simptomele și semnele caracteristice inflamației să fie suficient de manifeste ca să fie și alarmante.* Chiar perforația unui ulcer gastric poate provoca, în stadiile timpurii, doar o simptomatologie atenuată. Febra este, de obicei, complet suprimată de corticoterapie. De aceea, evaluarea unei dureri abdominale este foarte dificilă la acești bolnavi, iar în cazurile ambigue laparotomia este de dorit.

2. Date mai curând neconcludente au fost aduse ca să arate că pacienții supuși corticoterapiei ar fi mai expuși la ulcer peptic sau la complicațiile unui ulcer preexistent. Rezultatele concludente în acest sens se referă la bolnavii cu artrită reumatoidă tratați cu doze mari de corticosteroizi. Acești bolnavi trebuie, deci, să fie ținuți sub observație în vederea apariției unui ulcer gastric. Se pare însă că și medicamentele antiinflamatorii non-steroidiene, care se administrează acestor bolnavi, sunt la fel de ulcerogene, dacă nu chiar mai mult decât steroizii.

3. Recent s-a semnalat o varietate bizară, cu etiologie necunoscută, de perforații acute ale intestinului subțire și ale colonului la bolnavi fără antecendente digestive tratați mult timp și intens cu corticosteroizi, cel mai frecvent la bolnavi cu colagenoze.

În atenția pacienților în tratament cu corticosteroizi

Din cele menționate rezultă că atenuarea durerii abdominale la pacienții sub corticoterapie cronică face imperativ necesară analiza foarte atentă a oricărui tip de durere, fie ea cât de moderată. A neglija acest

Scanned with OKEN Scanner

avertisment poate avea urmări serioase, iar explorarea chirurgicală a abdomenului trebuie să fie mai timpurie decât la ceilalți pacienți netratați cu corticosteroizi.

Excluderea unor afecțiuni medicale

Atunci când se face diagnosticul unui caz de abdomen acut, înaintea concluziei că afecțiunea cu care avem de a face este de resort chirurgical, *trebuie exclusă întotdeauna posibilitatea existenței unei afecțiuni medicale*. Anumite aspecte ale bolilor ce simulează situații catastrofale intraabdominale pot fi clarificate fie în secțiile medicale ale unor mari unități spitalicești, fie printr-o practică medicală generală extinsă. În cursul evoluției lor, mai devreme sau mai târziu, unele boli cardiace, nefrita cronică interstițială, arterioscleroza, ciroza hepatică, tuberculoza, peritonita și multe alte afecțiuni pot pune probleme de diagnostic diferențial cu abdomenul acut. Medicul care se pregătește în mod serios să examineze complet și să pună un diagnostic corect, în cazul pacienților cu durere abdominală acută, trebuie să fie bine familiarizat cu aceste afecțiuni și cu manifestările lor proteiforme.

Avizul de laparotomie nu trebuie dat cu prea mare ușurință. Această decizie trebuie luată numai de un medic cu o gândire matură și numai după o examinare completă a bolnavului. Este regretabilă o „laparotomie albă" sau să observi de abia ulterior prezența unei albuminurii severe sau că plămânii nu au fost examinați.

Dacă însă, după un examen atent, se ajunge la concluzia că intraabdominal există o afecțiune vindecabilă chirurgical, care altfel ar putea evolua spre agravare, nu trebuie să existe nici o ezitare în recomandarea intervenției chirurgicale. Cel mai bun sfetnic este un diagnostic corect.

Efectul antibioticelor

Nu ar fi deloc inoportună, ca o notă de precauție, semnalarea unor posibile efecte ale antibioticelor asupra simptomelor inflamatorii din abdomen. Folosirea frecventă a antibioticelor (deseori când diagnosticul este nesigur) implică o anamneză farmacologică atentă. Medicul examinator, înainte de a pune diagnosticul, este bine să-l întrebe pe bolnav dacă i s-a administrat recent un antibiotic și care anume. În acest caz examinarea trebuie făcută cu cea mai mare atenție, ținând seama de posibilele acțiuni ale antibioticelor. Ele nu pot rezolva o perforație apendiculară, dar pot să mascheze și să diminueze simptomele unei peritonite.

Scanned with OKEN Scanner

2. Metodologia diagnosticului: anamneza

Pentru diagnosticarea bolii abdomenului acut este bine să utilizăm o metodă de examinare de rutină, dar care nu trebuie urmată în mod rigid, ci adaptată circumstanțelor.

Istoricul stării prezente

Se poate afirma cu toată convingerea că numeroase afecțiuni abdominale acute pot fi corect diagnosticate prin luarea cu multă grijă a datelor referitoare la istoricul bolii, încă de la apariția primelor simptome. Acest lucru este posibil numai atunci când fiecare simptom este evaluat cu atenție, prin corelare cu alte simptome, astfel încât semnificația lui să fie mai bine înțeleasă. *Cele mai mari foloase se pot trage din înregistrarea și interpretarea cronologică a simptomelor, de la apariția lor,* ceea ce contribuie la precizarea diagnosticului mai mult decât o tomografie computerizată.

VÂRSTA

A cunoaște vârsta bolnavului este de mare ajutor, ținând seama că incidența anumitor afecțiuni este mai mare între anumite limite de vârstă. Astfel, invaginația abdominală acută, în zonele cu climat temperat, apare la copii sub 2 ani. Ocluzia intestinului gros prin strictură neoplazică este rar întâlnită înainte de 30 de ani, nu este frecventă înainte de 40 de ani, dar este relativ frecventă peste această vârstă. Pancreatita acută este rar întâlnită la pacienți sub 20 de ani, ca și ulcerul gastric perforat, care este o raritate sub 15 ani. Afecțiuni cum ar fi colecistita sau torsiunea pediculului unui chist ovarian, deși pot apărea și în copilărie, sunt mult mai frecvente la vârsta adultă. Toate afecțiunile acute datorate unor tulburări de dezvoltare a oului sunt întâlnite, evident, doar la femei în perioada de reproducere, de la menarhă la menopauză.

Scanned with OKEN Scanner

MOMENTUL EXACT ȘI MODUL DE DEBUT AL SIMPTOMELOR

Destul de des, pacientul este în stare să precizeze data exactă a apariției durerii. Durerea din abdomenul acut care trezește bolnavul din somn este uneori atât de puternică, încât nu poate fi uitată ușor, ceea ce constituie întotdeauna un semn cu mare semnificație diagnostică. Apendicita acută și ulcerul gastric sau duodenal perforat debutează, de obicei, în acest fel.

O serie de afecțiuni abdominale acute par a fi declanșate de un efort fizic, chiar moderat, sau de către efectul energic al unui purgativ. Adesea, multe cazuri de apendicită se agravează curând după administrarea uleiului de ricin. Creșterea temporară a presiunii intraabdominale cauzate de un efort fizic, chiar moderat, poate da cale liberă de manifestare unui ulcer gastric sau să declanșeze o ruptură de sarcină extrauterină.

Este important, de asemenea, să se precizeze dacă starea acută a survenit imediat după un traumatism oarecare. O traumă fizică abdominală, în aparență banală, poate fi însoțită sau urmată de leziuni foarte serioase. Splina, uneori, poate fi ruptă în urma unei lovituri, mai mult sau mai puțin violentă, primită la baza toracelui stâng sau în hipocondrul stâng. O chintă violentă de tuse poate să provoace o durere vie la nivelul abdomenului superior, secundară fracturării unui cartilaj costal. *Este foarte utilă întrebarea: ce făceați în momentul apariției durerii?*

Debutul brusc. Modul brusc de instalare a simptomatologiei oferă unele indicii despre severitatea leziunii. Bolnavul trebuie întrebat dacă la debut durerea s-a însoțit sau nu de senzația de lipotimie, dacă a leșinat, pierzându-și conștiența. Ulcerul gastroduodenal perforat, pancreatita acută, ruptura anevrismului aortic sunt singurele situații abdominale care pot induce brusc o lipotimie. Aceeași stare poate fi cauzată la femei de ruptura unei sarcini extrauterine.

În multe cazuri de ocluzii intestinale, debutul se instalează treptat, culminând cu intrarea în criza acută. Excepție ar face strangularea unei hernii intestinale, care prezintă de la început o simptomatologie acută severă. La fel se manifestă torsiunea pediculului unui chist ovarian.

Cunoașterea momentului exact de debut al simptomelor este utilă pentru a avea o apreciere estimativă a modificărilor patologice ulterioare. De exemplu, apendicele nu perforează de obicei în primele 24 de ore de la apariția simptomelor; astfel, în afară de cazul în care simptomele sunt în măsură să sugereze o peritonită difuză, devine necesară și recomandabilă intervenția chirurgicală tocmai în acest interval de timp favorabil, asigurându-se în acest fel un prognostic postoperator mai bun. De asemenea, o febră mare însoțită de frisoane apărute în primele 24 de ore de la instalarea bruscă a durerii în abdomen exclud aproape complet posibilitatea diagnosticului de apendicită. Din nou, numai prin stabilirea precisă în timp a debutului se poate aprecia dacă o stare clinică aparent bună a pacientului corespunde cu un stadiu evolutiv favorabil al afecțiunii, mai ales la pacienții cu ulcer perforat, gastric sau duodenal.

Scanned with OKEN Scanner

DUREREA: DEBUT, DISTRIBUȚIE ȘI CARACTER

Cea mai mare importanță trebuie acordată acestor elemente ale durerii.

Situația durerii la debutul ei. Când cavitatea peritoneală este inundată brusc fie cu sânge (provenit din ruptura unei sarcini extrauterine), fie cu puroi (din ruptura unui piosalpinx) sau cu lichid acidulat (provenit dintr-un ulcer gastric perforat), se spune că durerea inițială care survine în aceste cazuri se simte, frecvent, la nivelul întregului abdomen. Există însă un maximum de intensitate a acestei dureri la debutul ei. Precizarea localizării durerii maxime ca debut al abdomenului acut ajută la diagnosticarea bolii. Astfel, localizarea inițială a durerii maximale la nivelul abdomenului superior sugerează o perforație de ulcer gastric. Pentru perforația ulcerului duodenal pledează localizarea durerii maxime, la început, în hipocondrul drept, dar uneori și în lomba și fosa iliacă dreaptă, datorită iritației produse de lichidul digestiv care se scurge în partea dreaptă a abdomenului. Pentru ruptura unei sarcini extrauterine sau a unui piosalpinx, localizarea durerii maxime inițiale este în abdomenul inferior.

Durerea provenită din intestinul subțire și generată fie de o simplă colică, ocluzie organică sau strangulare va fi totdeauna resimțită în zonele epigastrică și periombilicală ale abdomenului (adică în zona de distribuție a nervilor toracali: IX, X, XI, care inervează intestinul subțire prin intermediul mezenterului comun). Apendicele având aceeași inervație, nu este surprinzător faptul că localizarea inițială a durerii maxime, în caz de apendicită, va fi tot la nivel epigastric. Atunci când intestinul subțire este însă aderent la peretele abdominal, durerea generată de mișcările peristaltice va fi simțită tocmai în acele porțiuni ale peretelui abdominal de care este aderat intestinul.

Durerea din afecțiunile intestinului gros este percepută, în special la debut, în hipogastru, iar în cazul în care cecul și colonul ascendent se prezintă cu un mezou foarte scurt sau absent durerea va fi simțită la nivelul sediului exact al leziunii.

Modificarea sediului inițial al durerii este adesea semnificativă. Dacă durerea care apare după o lovitură puternică în abdomenul superior își schimbă sediul după câteva ore și se resimte mai jos, în hipogastru, aceasta ridică suspiciunea unei perforații intestinale posttraumatice care a permis ca lichidul scurs din intestin să cadă gravitațional în pelvis. De asemenea, localizarea durerii la nivelul fosei iliace drepte la câteva ore după debutul acesteia în epigastru este întâlnită de obicei în cadrul apendicitei, deși aceeași secvențialitate poate fi întâlnită și în ulcerul perforat sau în pancreatita acută. Durerea foarte puternică apărută inițial la nivelul toracelui și care apoi se face simțită cu aceeași intensitate la nivelul abdomenului ridică suspiciunea unui anevrism aortic disecant.

Scanned with OKEN Scanner

Caracterul durerii ajută adesea precizarea cauzei și gravității afecțiunii; durerea cu caracter de arsură a ulcerului gastric perforat, durerea chinuitoare, agonică, din pancreatita acută, cea ascuțită și constrictivă a colicii biliare, cea cu caracter de sfâșiere din anevrismul disecant al aortei și cea colicativă din ocluzia intestinală contrastează evident cu durerea acută din majoritatea apendicitelor sau cu durerea fixă, surdă, din pionefroză.

Iradierea durerii poate uneori sugera diagnosticul. În cazul colicilor, durerea iradiază în teritoriul de distribuție a nervilor spinali ce inervează organul afectat. Astfel, în colica biliară durerea este frecvent simțită în regiunea subscapulară dreaptă, imediat sub vârful omoplatului (corespunzând, segmentului toracal VIII), în timp ce în colica renală este resimțită la nivelul testiculului, de aceeași parte.

Într-o serie de afecțiuni ale abdomenului superior și ale toracelui inferior, durerea este percepută în vârful umărului de aceeași parte cu leziunea (vezi capitolul 1) și anamneza ar trebui să precizeze: suprafața pe care se resimte durerea (la nivelul fosei supraspinoase, în acromion sau claviculă), dacă aceasta este spontană sau/și la palpare, pentru a diferenția diferitele tipuri de leziuni.

Este totdeauna bine de stabilit *influența respirației asupra durerii.* Durerea pleurală este accentuată de inspirul adânc și diminuată sau remisă de pauza respiratorie. Inflamația veziculei biliare poate determina, prin iritație reflexă, imobilitatea diafragmului, iar durerea poate fi exacerbată printr-o respirație forțată. Inspirația forțată poate produce sau accentua durerea din multe cazuri de peritonită, abcese intraperitoneale și ocluzie intestinală cu distensie abdominală accentuată.

Tipuri speciale de durere. Este important de întrebat dacă există durere în timpul micțiunii. Această disurie poate fi cauzată, în afara afecțiunilor urogenitale (infecții, litiază, hidronefroză acută), și de un abces pelvin în contact cu vezica urinară sau de un apendice inflamat care determină iritația de vecinătate a ureterului drept. Durerea testiculară unilaterală este caracteristică pentru colica renală, dar poate apărea și în apendicită (vezi capitolul 18) sau în ruptura anevrismului de aortă abdominală. Durerea accentuată de poziția orizontală a trunchiului și calmată de poziția verticală a acestuia este adesea de origine retroperitoneală, de exemplu în pancreatita acută.

VĂRSĂTURILE

Cu excepția gastritei acute, vărsăturile ce însoțesc afecțiunile abdominale acute pot avea drept cauze una sau ambele din următoarele eventualități.

1. *Iritația severă a nervilor peritoneali sau mezenterici* (de exemplu, perforație de ulcer gastric, apendicită gangrenoasă, torsiune de pedicul de chist ovarian).

2. *Obstrucția unui viscer tubular cu musculatură involuntară* (tractul biliar, ureterul, cavitatea uterină, intestinul, apendicele vermiform).

1. În prima eventualitate, în cazul perforației ulcerului gastric, stimularea intensă a terminațiilor nervoase din peritoneu de către un suc gastric acid care circulă liber în cavitatea peritoneală creează o iritație puternică a peritoneului, care provoacă apariția vărsăturilor. Urmează însă o reacție secretorie promptă a suprafeței iritate a peritoneului, iar lichidul revărsat suplimentar diluează progresiv concentrația acidă a sucului gastric, astfel încât, scăzând iritația nervilor peritoneali, vărsăturile diminuează și rar se mai întâmplă să persiste.

Pancreatita acută, datorită contactului intim al organului inflamat cu plexul celiac, produce un stimul reflex foarte accentuat și persistent, ceea ce se reflectă în caracterul incoercibil și persistent al vărsăturilor; ameliorarea acestora se produce doar postoperator sau prin gangrena pancreasului.

Strangularea unei porțiuni de intestin sau torsiunea pediculului unui chist ovarian sunt exemple de situații catastrofale subite, în care stimularea severă și bruscă a nervilor simpatici se traduce prin vărsături precoce și persistente.

2. În a doua eventualitate, întinderea musculaturii netede (involuntare) a organelor cavitare determină durere, dar dacă întinderea este extremă, vor apărea și vărsături. Obstrucția oricărui organ cavitar muscular induce contracții peristaltice și întinderea peretelui muscular, implicit vărsături și dureri. Așa se întâmplă în colicile: renală, intestinală și uterină. În spatele obstrucției, tubul afectat devine oarecum dilatat și, cum undele peristaltice nu contenesc, tensiunea și întinderea fibrelor musculare se accentuează, astfel încât durerea din colică se transformă, de obicei, în spasm. Vărsătura apare de obicei în momentul paroxismului dureros. Termenul de „colică biliară" este impropriu, deoarece colica presupune o contracție musculară cu intermitențe, ceea ce nu este caracteristic pentru durerea provocată de distensia arborelui biliar.

În ocluzia intestinală există și un factor adițional: progresia conținutului intestinal este prevenită mecanic prin antiperistaltism. În plus, este împiedicată și absorbția hidrosalină când intestinul este destins și edematos.

3. Se cunoaște faptul că există anumite medicamente, ca apomorfina, care produc vărsături prin stimularea unor centri nervoși particulari din bulb. Este deci posibil ca vărsătura din ocluzia intestinală sau din pancreatită să fie parțial explicată și ca un efect al toxinelor absorbite

Scanned with OKEN Scanner

asupra centrului vomei. *Absența vărsăturilor este suficient de frecventă în cazul unor afecțiuni abdominale foarte severe pentru ca posibilitatea unei intervenții chirurgicale intraabdominale de urgență în această circumstanță să nu fie exclusă.*

Relația dintre durere și vărsătură. Este foarte important de aflat din anamneză momentul exact în care a apărut vărsătura, în relație cu apariția durerii. În caz de iritație bruscă și severă a peritoneului sau a mezenterului, vărsătura este precoce, curând după apariția durerii. Când ureterul este obstruat acut de către o piatră sau ductul biliar de către un calcul, vărsătura este, de asemenea, precoce, violentă și cu apariție bruscă. În ocluzia intestinală, aprecierea duratei intervalului de timp între apariția durerii și cea a vărsăturii ar putea da indicații asupra nivelului intestinal la care este situată ocluzia. Dacă un calcul obstruează duodenul, vărsătura survine la fel de precoce ca și durerea, aceasta din urmă menținându-se violentă până la mobilizarea calculului. Dacă porțiunea terminală a ileonului devine obstruată (exceptând strangularea, care duce la vărsătură precoce), vărsătura nu va apărea înainte de patru sau mai multe ore, în funcție de gradul de acutizare a blocajului. În ocluzia colonului, vărsătura este de obicei tardivă și, uneori, poate să nu apară deloc, deși, adesea, greața este deja prezentă.

În apendicită, aproape întotdeauna, durerea precedă vărsătura, de obicei cu trei sau patru ore, uneori cu 12 sau 24 de ore, sau chiar mai mult. Rareori voma apare concomitent cu durerea și, foarte rar, vărsătura precedă durerea.

Frecvența vărsăturii. Aceasta variază, în general, în funcție de acutizarea afecțiunii. Dacă o criză de apendicită acută *începe* cu vărsături frecvente, ea presupune că apendicele este dilatat la nivelul porțiunii distale a unei stricturi sau concrețiuni, ceea ce ar semnala un posibil pericol de perforație precoce. Vărsătura asociată cu pancreatita acută este adesea frecventă, apărând la cea mai ușoară provocare, dar este limitată cantitativ.

Există, totuși, multe afecțiuni abdominale serioase în care vărsătura este fie ușoară și rar întâlnită, fie absentă. Un prim exemplu este hemoragia internă după o ruptură de sarcină extrauterină. De asemenea, în ocluzia intestinului gros, vărsătura reprezintă un simptom tardiv și deloc frecvent. Același lucru s-a observat în cazul invaginației intestinale, unde absența vărsăturii ar putea ascunde gravitatea și pericolul de acutizare a acestei afecțiuni. Când vărsătura apare totuși în cazurile de ocluzie colonică indubitabilă, se consideră, în general, că s-ar datora unei valve ileocecale incompetente funcțional, care ar permite presiunii din colon să dilate porțiunea joasă, distală, a ileonului.

În ocluzia înaltă, la nivelul porțiunii superioare a intestinului subțire, vărsătura este de obicei frecventă și abundentă cantitativ. În gastroenterită, vărsătura precedă, în mod obișnuit, durerea.

Scanned with OKEN Scanner

Caracterul vărsăturii. Este necesar a fi notat. În gastrita acută, care în cazurile severe poate da naștere unor simptome abdominale alarmante, materialul vomitat constă în conținut gastric amestecat, posibil, cu puțină bilă. În colici, vărsătura are de obicei caracter bilios. În cazurile de torsiune acută a unui viscer, bolnavul prezintă frecvent flatulență, dar vomită foarte puțin. Un copil cu atrezie duodenală, cu unele dificultăți de pasaj, va vomita un lichid bilios, în schimb în caz de stenoză pilorică congenitală hipertrofică vărsătura nu va conține deloc bilă.

În ocluzia intestinală, caracterul materialului vomitat variază. La început se elimină conținut gastric, după care material bilios, inițial de culoare galben-verzuie, apoi galben și în final se elimină un lichid portocaliu sau brun, cu sediment și miros fecaloid. Vărsătura cu caracter fecaloid este patognomonică pentru ocluzia intestinală (fie de natură mecanică sau paralitică), dar nu se întâlnește decât rar în ocluzia colonică.

Greața și inapetența. Senzația de greață și pierderea apetitului sunt prezente la mulți pacienți care nu vomită. La aceeași persoană, grade diferite ale aceluiași fel de stimul ar putea produce trei simptome importante: anorexie, greață sau vărsături, care niciodată nu trebuie omise din anamneză. Pierderea acută a apetitului este totdeauna semnificativă. În special la copil, o repulsie pentru alimente, instalată brusc, concomitent cu o durere în abdomen impune întotdeauna o examinare foarte atentă, pentru a exclude o eventuală apendicită. Copilul interogat trebuie să ne informeze când a fost ultima masă mâncată cu plăcere și când prima masă refuzată.

TRANZITUL INTESTINAL

Importanța investigării tranzitului prin tubul digestiv se relevă în cadrul contextului clinic. Nu trebuie să acordăm o importanță prea mare simplului fapt că bolnavul are constipație, dacă aceasta nu este legată și de alte simptome. Pentru o persoană obișnuită, cu un tranzit intestinal regulat, zilnic, instalarea unei constipații ce durează de mai multe zile, mai ales dacă este însoțită și de durere abdominală sau flatulență, creează o situație care nu trebuie neglijată, implicând necesitatea stabilirii unui diagnostic care ar putea să fie serios.

Prezența unor scaune moi și mai frecvente, ajungând aproape de diaree, la debutul unei apendicite este o caracteristică a copiilor. *Când durerea hipogastrică și diareea sunt urmate de o sensibilitate la palparea hipogastrului, de constipație și febră, se ridică suspiciunea unui abces pelvin.* Uneori, bolnavii cu abces pelvin prezintă și tenesme.

Anamneza trebuie să precizeze, de asemenea, eventuala prezență a sângelui și mucusului în scaun. Prezența acestora în rect este o caracteristică a invaginației intestinale.

Scanned with OKEN Scanner

MENSTRUAȚIA

Anamneza trebuie să releve regularitatea sau neregularitatea menstruației, precizând data exactă a ultimei menstruații, cu câte zile a întârziat sau a venit mai devreme decât normal, dacă din punct de vedere cantitativ este mai abundentă sau nu. Dacă la pacientele cu sarcină extrauterină, o sângerare uterină patologică coincide cu momentul în care ar trebui în mod normal să aibă menstruația, se poate trece cu ușurință peste adevăratul diagnostic. Totuși, printr-o anamneză minuțioasă se poate diferenția o hemoragie anormală de una normală.

Apariția unei dureri mari ce însoțește menstruația, la o femeie care în mod obișnuit nu prezenta dismenoree, poate ridica suspiciunea unui avort precoce, a unei sarcini tubare sau a unei alte stări patologice neasociate cu sarcina. Uneori, aprecierea pontei ovulare poate fi importantă pentru diagnosticul unei rupturi foliculare sau a unui chist de corp galben.

Istoricul antecedentelor personale patologice

Este bine să se consemneze toate bolile anterioare (de exemplu, operații prealabile, peritonită, apendicită sau pneumonie). Una dintre cele mai importante întrebări de pus pacienților este: *Ați mai avut vreodată o durere de acest tip?*

Deoarece numeroase, dacă nu chiar majoritatea durerilor abdominale de intensitate mică spre medie, sunt denumite în general „indigestii", anamneza trebuie să consemneze orice durere legată de ingestia de alimente. Durerea care survine la două-trei ore postprandial, cu localizare epigastrică, sugerează existența unui ulcer duodenal. Durerea constantă epigastrică, care se accentuează postprandial, este întâlnită în ulcerul și cancerul gastric. Durerile în epigastru și în hipocondrul drept, nelegate întotdeauna de mese, sugerează prezența calculilor în colecist.

Pacientul trebuie întrebat dacă a avut în antecedente: icter, melenă, hematemeză și hematurie și dacă există o scădere ponderală marcată.

Trebuie, de asemenea, descoperite o eventuală rezidență în zone tropicale și posibilitatea existenței unor antecedente de dizenterie.

La femeie trebuie notate toate sarcinile și modul de rezolvare al acestora, nașteri sau avorturi.

Scanned with OKEN Scanner

3. Metodologia diagnosticului: examenul obiectiv

ASPECTUL GENERAL

Expresia facială a pacientului poate furniza uneori date importante asupra severității afecțiunii abdominale. În cazurile în care bolnavul nu poate preciza caracterele durerii, chirurgul, observând că faciesul acestuia prezintă grimase intermitente, trage concluzia asupra caracterului colicativ al durerii. Chirurgul trebuie să-și găsească întotdeauna timp, de mai multe minute, ca să-și observe pacientul în liniște. Deseori, pacientul mi-a descris durerea ca fiind foarte puternică, ca să realizez, printr-o singură observație și printr-o inspecție atentă, că relatarea era falsă. Un facies palid, livid, cu transpirații profuze la un pacient cu ulcer gastric perforat, pancreatită acută sau ocluzie intestinală prin strangulare reprezintă un tablou destul de caracteristic, așa cum paloarea cadaverică și respirația superficială și rapidă a femeii cu hemoperitoneu secundar rupturii sarcinii extrauterine lasă puține dubii asupra diagnosticului.

Adesea însă, aparențele sunt înșelătoare. Mulți chirurgi cu experiență au îngrijit destui bolnavi cu ulcer gastric perforat având un ten și o expresie facială care nu trădau prin nimic drama abdominală. Tot așa, în majoritatea cazurilor de apendicită în stadiul de debut, aspectul faciesului nu prezenta nimic caracteristic. În stadiile tardive ale tuturor varietăților de afecțiuni abdominale acute, observarea faciesului evidențiază aspectul teros, cearcănele accentuate ale bolnavului cu toxemie sau obrajii scofâlciți cu ochii înfundați în orbite ai bolnavilor cu vărsături repetate secundare ocluziei sau peritonitei avansate.

Prezența stării de șoc sau iminența colapsului vascular pot fi apreciate prin aplicarea feței dorsale a mâinii examinatorului la nivelul nasului și pomeților bolnavului, punând astfel în evidență răceala și umiditatea tegumentelor cauzate de afectarea circulației capilare. Chiar în absența simptomelor de hemoragie severă trebuie notată prezența anemiei, exteriorizată prin paloarea obrajilor, a limbii, buzelor și a unghiilor, deoarece crizele de anemie hemolitică pot produce dureri abdominale accentuate și chiar un grad de sensibilitate locală la palpare.

Dacă se observă că aripile nazale se zbat în mod vizibil, atenția trebuie îndreptată spre torace, spre o afecțiune pulmonară, de obicei

Scanned with OKEN Scanner

pneumonie, mai ales dacă există și febră. Totuși, trebuie amintit că acest semn *poate* fi prezent în oricare din afecțiunile abdominale ce afectează într-un fel sau altul mișcările diafragmului.

POZIȚIA BOLNAVULUI ÎN PAT

Este important de notat atitudinea în pat a bolnavului. Agitația caracteristică unei colici severe contrastează cu imobilitatea și aversiunea față de orice mișcare a bolnavilor cu peritonită. Astfel, dacă cerem unui bolnav suferind de ulcer gastric perforat să se întoarcă pe o parte se observă imediat circumspecția și dificultatea cu care se realizează această mișcare laterală, precum și durerea pe care o provoacă. În peritonita difuză se observă flexia coapselor pe bazin în scopul relaxării tensiunii peretelui abdominal, în timp ce în cazul oricărui focar inflamator în contact cu mușchiul psoas se produce flexia unilaterală a coapsei de partea afectată. Bolnavii cu durere de origine pancreatică sau retroperitoneală preferă poziția șezând clinostatismului.

Totuși, mai ales în stadiile precoce ale diferitelor afecțiuni abdominale, observarea atitudinii bolnavului nu este de mare ajutor pentru diagnostic.

PULSUL

În stadiile precoce ale afecțiunilor abdominale acute, pulsul nu reprezintă un indicator de încredere pentru diagnostic și prognostic. Un puls normal nu reflectă neapărat o stare normală a abdomenului.

Pe de altă parte, tahicardia este un semn constant în stadiile avansate ale hemoragiei intraabdominale sau peritonitei; după un traumatism abdominal, urmărirea chiar din oră în oră a frecvenței pulsului este foarte importantă în aprecierea severității și naturii leziunii.

Pulsul mic, dur și foarte rapid, adesea imperceptibil, prezent în stadiile avansate ale peritonitei este un element de prognostic infaust. Medicul generalist este cel care observă pacientul încă de la începutul bolii abdomenului acut. El își dă seama că în formele inițiale pulsul poate fi normal.

FRECVENȚA RESPIRAȚIEI

Aprecierea frecvenței respiratorii are importanță în diferențierea unei afecțini abdominale de una toracică; creșterea la o valoare dublă față de normal a frecvenței respiratorii *de la debutul bolii* înclină balanța spre afecțiunea toracică. Totuși, peritonita, ocluzia intestinală cu

Scanned with OKEN Scanner

distensie accentuată și hemoragia intraabdominală masivă determină și ele accelerarea respirației. Uneori, chiar persoanele normale cu un anume grad de nervozitate pot prezenta o respirație superficială și rapidă.

TEMPERATURA

Măsurarea mai corectă a temperaturii se face fie oral, cu bulbul termometrului sub limbă, fie rectal. Valorile temperaturii orale pot fi modificate artificial la cei cu obstrucție nazală sau la cei cu tub nazogastric temporar, care sunt obligați să respire pe gură. În caz de dubiu asupra veridicității temperaturii orale, se recomandă verificarea prin măsurarea temperaturii rectale.

Bolile abdomenului acut pot evolua cu temperatură scăzută, normală sau crescută. Toate cele trei eventualități pot apărea la același bolnav în diferite faze ale afecțiunii. În orice șoc abdominal sever sau în toxemia severă, temperatura poate, frecvent, să scadă până la 95—96°F (35—35,5°C). Așa se întâmplă de obicei la *debutul* șocului din pancreatita acută, în strangularea intestinală acută, ulcerul gastric perforat sau hemoragia peritoneală severă.

Apendicita acută evoluează la debut cu temperatură normală, care crește apoi în câteva ore constant la 100—101°F (37,8—38,3°C), ajungând la valori puțin mai mari în caz de perforație.

În stadiile precoce ale ulcerului gastric perforat, în ocluzia intestinală, temperatura este adesea normală. O ruptură de sarcină ectopică se însoțește, de obicei, de subfebrilitate.

Valori mari ale temperaturii, de 104—105°F (40—40,5°C), ce însoțesc de la început o durere abdominală trebuie să orienteze clinicianul spre o afecțiune toracică sau renală, deoarece febra mare este de obicei neobișnuită în stadiile precoce ale afecțiunilor abdominale acute, cu excepția pancreatitei acute severe.

EXAMINAREA ABDOMENULUI

Înaintea efectuării acesteia, este important de aflat de la bolnav locul exact de debut al durerii și eventualele modificări ulterioare ale acestei localizări. De asemenea, în cursul examinării abdomenului trebuie precizat punctul localizării maxime a durerii.

Inspecția poate revela dintr-o privire orice distensie abdominală anormală localizată sau generalizată, edemul parietal abdominal sau prezența unei tumori ce modifică relieful peretelui abdominal.

De regulă, toate orificiile herniare trebuie, în mod automat, să fie inspectate, dar o atenție specială trebuie îndreptată către canalul femural, unde, la un pacient obez, este posibil să nu fie observată o hernie nu prea mare. Lipsa acestui gest de rutină a dus la pierderea multor vieți.

Scanned with OKEN Scanner

Mişcările abdomenului legate de respiraţie. Trebuie observată foarte atent participarea abdomenului la mişcările respiratorii, deoarece orice limitare ar indica o oarecare rigiditate a muşchilor abdominali. În ulcerul perforat peretele abdominal este aproape în totalitate imobil, în timp ce în apendicita cu peritonită localizată imobilitatea peretelui, foarte frecvent, este limitată la zona hipogastrică şi, în special, la fosa iliacă dreaptă. Imobilitatea parţială a abdomenului prezentă la nivelul epigastrului şi în porţiunea inferioară a peretelui abdominal poate fi întâlnită în unele cazuri de pancreatită acută. Uneori, în cazul colecistitelor, unde mişcările diafragmatice sunt reduse, se notează, de asemenea, o diminuare a mişcărilor respiratorii în zona epigastrică. Un element util de diferenţiere a afecţiunilor toracice de cele abdominale este faptul că în primele, de exemplu în pneumoniile cu dureri pleurale, există o libertate de mişcare cu respiraţia a peretelui abdominal, dar se constată limitarea mişcărilor respiratorii la nivelul porţiunii inferioare a toracelui.

Palparea şi percuţia abdomenului. Nu este necesar să reamintesc că palparea abdomenului trebuie efectuată cu mâinile calde şi că examinarea, ce se începe din partea opusă durerii spontane, trebuie să fie blândă şi făcută cu pulpa degetelui. *Blândeţea este esenţială în efectuarea cu succes a palpării;* o palpare brutală, dureroasă este nu numai neplăcută pentru bolnav, dar şi periculoasă, prin neevidenţierea unor aspecte care pot fi esenţiale diagnosticului, mai ales când alţi examinatori repetă imediat o palpare dureroasă anterioară, care a înfricoşat bolnavul. Palparea determină gradul şi extensia apărării musculare sau a contracturii musculare, localizează orice zonă sensibilă sau cu hiperestezie şi relevă prezenţa oricărei modificări de relief a peretelui abdominal. Este bine ca palparea să fie efectuată cu pacientul în decubit dorsal şi cu coapsele flectate pe bazin.

Percuţia abdomenului trebuie efectuată cu aceeaşi blândeţe ca şi palparea. Ea permite aprecierea gradului distensiei intestinale, a prezenţei zonelor de matitate, a extensiei anormale a stomacului (vezi mai jos) şi a prezenţei sau absenţei globului vezical. Cea mai mare valoare a percuţiei o constituie însă evidenţierea sensibilităţii dureroase deasupra unui focar inflamator, prin compresiunea acestuia, urmată brusc de o decompresiune (vezi mai jos).

Durerea prin decompresiune (de tip „rebound"). Palparea blândă, dar profundă, deasupra unui focar inflamator la nivelul abdomenului, urmată de ridicarea bruscă a mâinii poate produce o durere adesea vie [durerea ricoşată („*rebound*"), prin decompresiune]. *Nu recomandăm efectuarea acestei manevre, deoarece nu furnizează date în plus faţă de palparea corectă, obişnuită, şi poate produce durere inutilă.* Percuţia blândă a abdomenului este superioară prin datele furnizate.

Rigiditatea. Rigiditatea musculară abdominală este un termen relativ. Contractura musculaturii abdominale poate fi fermă, continuă, „de lemn", ca în majoritatea peritonitelor generalizate prin ulcer per-

Scanned with OKEN Scanner

forat, sau poate deveni manifestă doar la stimularea prin palpare a unor zone musculare supraiacente care ar proteja, prin contracție, unele focare inflamatorii. De fapt, abdomenul rigid, „de lemn", se întâlnește mai puțin frecvent decât se crede, apărând în general la persoane tinere, cu o iritație peritoneală severă. Apariția rigidității peretelui abdominal poate fi dependentă, de asemenea, și de un factor mental. Există copii sensibili și adolescenți sau adulți cu percepție exagerată, care prezintă o rigiditate a peretelui abdominal destul de accentuată, în contrast cu leziunile abdominale ceva mai ușoare.

Leziunile inflamatorii pelvine și ocluzia intestinală nu evoluează de obicei cu rigiditate abdominală. *Afecțiunile toracice pot determina durere și rigiditate musculară localizată abdominal. Dacă, printr-o presiune palpatorie blândă și continuă, durerea nu se intensifică se poate presupune că originea afecțiunii este toracică. Dacă însă durerea se intensifică pe măsură ce palparea continuă și învinge rezistența musculară, afecțiunea este abdominală, probabil o arie inflamată subiacentă.* Unii pacienți mai temători au dificultăți în relaxarea mușchilor lor abdominali și preferă să facă uz de respirație costală, chiar atunci când nu există o cauză de rigiditate musculară abdominală. O metodă simplă de a-i încuraja să-și folosească mușchii abdominali este următoarea: se plasează o pernă sub genunchii pacientului și, dacă este nevoie, câteva perne sub torace, iar în timpul palpării abdomenului, efectuată cu mâna dreaptă, pentru a învinge contracția, mâna stângă apasă moderat, dar continuu, regiunea sternală, pentru a bloca respirația costală, impunând, astfel, bolnavului folosirea diafragmului și a mușchilor abdominali pentru respirație. În caz că manevra eșuează, se poate conchide asupra unei leziuni abdominale severe.

Trebuie reamintit faptul, de o deosebită importanță, că în anumite circumstanțe de peritonită severă, apărarea sau contractura sunt neînsemnate sau foarte reduse. Aceste circumstanțe sunt următoarele: (1) un perete abdominal bogat infiltrat adipos și cu musculatură slabă; (2) în caz de toxemie severă cu diminuarea reflexelor; (3) în cazul bătrânilor, caşecticilor. Este recunoscut faptul că rigiditatea drepților abdominali este mai accentuată decât cea a musculaturii laterale.

Hiperestezia. Hiperestezia cutanată poate fi testată prin: înțepare cu acul, ciupire ușoară sau prin atingere a pielii cu un tifon. Trebuie căutată nu numai la nivelul peretelui abdominal și al regiunii lombare, dar și la nivelul coapsei, pentru a oferi date comparative. Deși prezența hiperesteziei în teritoriul de distribuție a unor nervi periferici iritați de un proces inflamator poate fi un semn folositor, mai ales în cazul apendicitei acute, inconstanța ei o face a fi relativ puțin importantă în diagnosticul majorității cazurilor de durere abdominală *acută*. Pe de altă parte, prezența hiperesteziei poate fi de mare importanță în diagnosticul pacienților cu durere abdominală cronică sau recidivantă, unde indică drept cauză a durerii iritația rădăcinilor nervoase (de exemplu: compresia radiculară prin protruzia unui disc intervertebral, artrita spinală sau tumoră a măduvei spinării).

Scanned with OKEN Scanner

Un corolar frecvent al existenței hiperesteziei, evidențiată de examenul clinic, este observația că bolnavul evită o îmbrăcăminte prea strâmtă.

Palparea uni- sau bimanuală a lombelor este importantă pentru evidențierea unei măriri de volum a rinichiului sau a unei formațiuni tumorale lombare.

Palparea unimanuală se face cu vârfurile degetelor de la o mână introduse subcostal. O sensibilitate și o rezistență la acest nivel, în absența unei formațiuni tumorale, indică rigiditate musculară determinată de iritația mușchiului pătrat al lombelor, secundară unui proces inflamator de vecinătate. Acest semn poate fi dat de un abces perinefretic, o inflamație renală sau apendicită retrocecală.

Prin palparea bimanuală se poate simți între cele două mâini orice formațiune tumorală lombară, inclusiv pio- sau hidronefroza ori un abces lombar. Important este ca pacientul să fie invitat să respire adânc, pentru a se stabili mobilitatea tumorii cu respirația.

Determinarea rigidității iliopsoasului. Este cunoscut faptul că în cazul oricărui focar inflamator în contact direct cu psoasul se observă adesea poziția de flexie a coapsei ipsilaterale în scopul diminuării durerii. Un grad mai redus de contracție (și de iritație) poate fi evidențiat prin efectuarea următorului test: pacientului, așezat pe partea opusă leziunii presupuse, i se face extensia completă a coapsei de pe partea afectată. Prezența iritației directe sau reflexe a psoasului este indicată de apariția durerii (fig. 5). Valoarea testului este diminuată când peretele abdominal anterior este rigid sau când evoluția inflamației devine subacută.

Matitatea hepatică. Estimarea ei, ocazional, poate fi utilă. Ea este determinată, de obicei anterior, la nivelul liniei verticale mamelonare (percutând de la coasta a 5-a până sub rebordul costal), sau lateral, la nivelul liniei axilare medii (de la coasta a 7-a la coasta a 11-a). Apa-

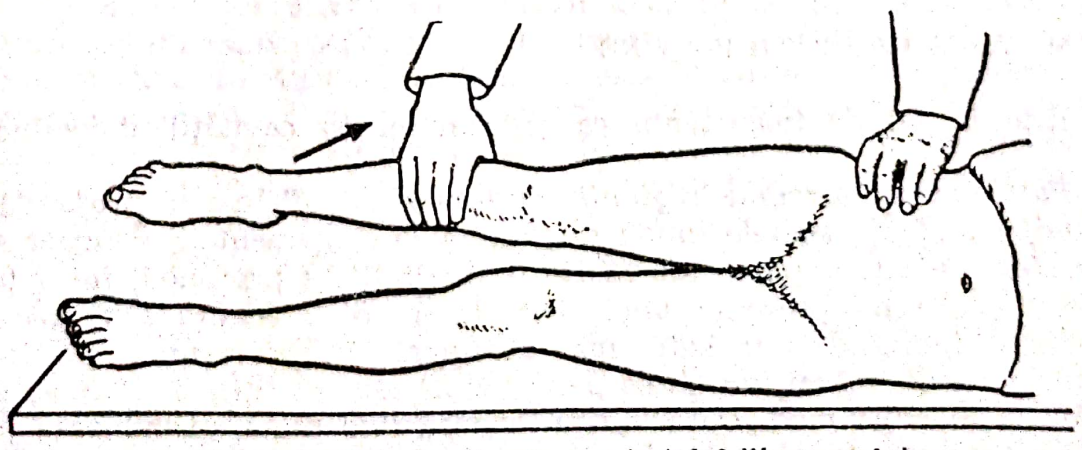


Fig. 5. Metoda de executare a testului iliopsoasului.

riția unei note sonore pe aria hepatică normală de percuție la nivelul liniei axilare, în absența semnelor de atrofie hepatică sau a distensiei abdominale, indică, cu foarte mare probabilitate, prezența aerului liber în cavitatea peritoneală, secundară unei perforații gastrice sau intestinale.

Distensia abdominală accentuată prin interpunerea de anse intestinale înaintea ficatului face neinterpretabilă prezența unei creșteri a sonorității la percuția pe linia mamelonară.

Revărsatul intraperitoneal. Determinarea prezenței unui lichid liber în cavitatea abdominală, prin evidențierea unei matități deplasabile, are *mai puțină* importanță în diagnosticarea bolii abdomenului acut, deoarece sunt puține afecțiunile abdominale acute în care lichidul să fie absent. Mai mult, în condițiile prezenței acestuia în cantitate suficientă pentru a putea fi ușor de estimat, există alte semne sau simptome relevante pentru diagnostic. Din experiența personală, a fost rareori necesară și adesea nerecomandabilă încercarea de a aprecia acest lichid. Revărsatul poate fi: seros, seropurulent, purulent, hemoragic, bilios sau chiar cu urină. Prezența sângelui la nivelul cavității peritoneale, în cantitate suficientă ca să determine matitate deplasabilă, se manifestă și devine evidentă printr-un tablou clinic caracteristic. În cazul peritonitelor cu revărsat abundent, chiar mișcarea bolnavului pentru evidențierea lichidului este de evitat, din cauza durerii pe care o produce manevra.

În cazul ocluziilor intestinale, căutarea lichidului liber din peritoneu are o anumită valoare și nu-i creează bolnavului decât un disconfort minor. Se percută unul din flancurile abdominale în timp ce pacientul stă întins pe spate și apoi se percută din nou în același flanc și în același loc după ce bolnavul a fost întors pe partea opusă. Dacă, schimbând astfel poziția, se observă o modificare de sunet, de la mat la sonor, se consideră că există lichid liber în peritoneu. Uneori, testul poate fi viciat prin acumulare de lichid sechestrat în anse.

EXAMINAREA CAVITĂȚII PELVINE

Este la fel de importantă ca și examinarea cavității abdominale.

Palparea și percuția regiunii suprapubiene. Palparea profundă a regiunii situate în spatele unuia sau altuia din ligamentele Poupart sau în spatele pubisului poate releva fie o sensibilitate profundă, fie o formațiune sugerând prezența unei tumori, ori o rezistență sau apărare musculară indicând o maladie mai profundă. Vezica urinară destinsă, uterul mărit de volum, un abces pelvin înalt sau un chist ovarian se pot manifesta în acest mod. Dacă vezica urinară este plină, examinarea trebuie făcută după golirea acesteia.

Scanned with OKEN Scanner

Tușeul rectal. Examenul informativ și de extremă importanță al rectului poate fi executat în: decubit dorsal sau decubit lateral (în cazul peritonitelor difuze și al hemoperitoneului, tușeul în poziția culcat poate fi însoțit de durere și dispnee, din cauza iritației diafragmului). Degetul înmănușat, bine lubrefiat, se introduce cu blândețe (~7,5— 10 cm) prin canalul anal; explorarea trebuie să fie completă: anterior, posterior, în sus și lateral, ca să cuprindă întreg spațiul pelvin inferior. Uneori, progresia degetelui este împiedicată de prezența unui fecalom; o astfel de formațiune poate determina obstrucția cronică a intestinului, provocând simptome acute care să necesite chiar o intervenție chirurgicală.

Palparea *anterioară* la bărbat poate detecta: adenomul de prostată, globul vezical sau tumefierea patologică a veziculelor seminale. La femeie se pot evidenția modificările dureroase sau nedureroase ale fundului de sac Douglas, ca și modificările de volum și poziție ale uterului.

Vârful degetului palpator, explorând *porțiunea superioară* a canalului, poate preciza prezența unei stricturi rectale (fibroasă sau neoplazică) sau, uneori, poate palpa apexul unei invaginații.

De foarte mare importanță este testarea sensibilității la palpare a peritoneului pelvin (vezi fig. 19).

Prezența unui abces pelvin este ușor detectată prin constatarea unei bombări a peretelui rectal anterior. Palparea în porțiunea anterioară permite evidențierea unor implantări carcinomatoase la nivelul fundului de sac, uneori foarte sensibile și care trebuie diferențiate de încastrarea înaltă a unui fecalom (diagnostic de care se abuzează și care nu este credibil decât în condițiile încastrării joase a fecaloamelor).

Palparea peretelui *lateral* poate releva sensibilitatea dureroasă dată de un apendice inflamat și umflat sau prezența unui mic abces pelvin pe peretele lateral.

Palparea peretelui *posterior* poate evidenția orice formațiune sau massă inflamatorie ori tumorală la nivelul scobiturii sacrului sau al spațiilor supra- și infrapiriforme.

La retragerea degetelui explorator trebuie notată eventuala prezență de sânge, mucus sau puroi.

În aprecierea intensității durerii cauzate de presiunea ascendentă asupra peritoneului pelvin, aceasta nu trebuie confundată cu jena inerentă produsă de tușeu și apărută pe fața bolnavului ca expresie a unui disconfort general. Pentru a fi sigur că durerea este cauzată de presiunea degetului explorator asupra peritoneului pelvin (ceea ce ar putea diagnostica o localizare a unui proces inflamator), se poate urmări, comparativ, dacă același aspect facial de disconfort generat de tușeu se repetă și în cazul când degetul explorator palpează, cu blândețe, prostata sau zona cervicală a uterului.

Examinarea bimanuală rectoabdominală sau vaginoabdominală poate preciza prezența și poziția unei formațini sau tumori pelvine. În mod special, este important de a nota mărimea și poziția uterului. Orice plenitudine simțită în fundul de sac Douglas trebuie palpată cu multă

Scanned with OKEN Scanner

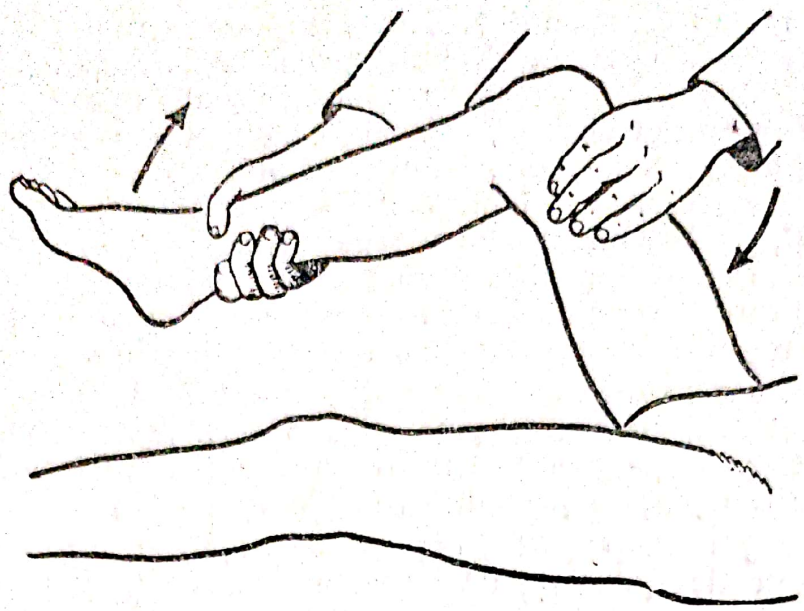


Fig. 6. Metoda de executare a testului obturatorului.

grijă. O formațiune la nivel anexial poate fi o sarcină tubară, un abces tuboovarian sau o tumoră ovariană, deși un abces de origine apendiculară nu ar putea fi diferențiat de entitățile mai sus-menționate.

La copii, examinarea bimanuală rectoabdominală oferă posibilitatea explorării minuțioase a porțiunii inferioare a cavității abdominale, permițând chiar manipularea unei invaginații între degetele celor două mâini. La pacienții cu colostomie sau ileostomie nu trebuie omisă niciodată explorarea digitală a stomei, deoarece, ca și la copii, devine posibilă explorarea unei surprinzător de mari porțiuni a cavității abdominale.

Testul rotator al coapsei. Ori de câte ori există o formațiune inflamată aderentă de fascia mușchiului obturator intern, testul de rotație a coapsei flectate, punând în tensiune, prin mișcări maximale, mușchiul obturator iritat (mai ales prin rotație internă), va deveni pozitiv, provocând durere caracteristică în hipogastru. Testul este indicat a fi încercat mai ales când examinarea rectală prin tușeu este practic nerealizabilă sau, indiferent din ce cauză, nerecomandabilă (fig. 6). Acest test este pozitiv în caz de apendicită perforată, abces pelvin și, ocazional, atunci când un hematom ajunge în contact cu mușchiul obturator intern sau când se acumulează lichid inflamat în pelvis.

EXAMINAREA TORACELUI

Toracele trebuie să fie minuțios examinat prin metodele obișnuite de inspecție, palpare, percuție și, mai ales, auscultație. Prin aceste mijloace pot fi diagnosticate: pleurezia diafragmatică, pneumonia la debut și orice revărsare de lichid în pleură. De asemenea, trebuie să fie delimitată matitatea cardiacă și să fie auscultate zgomotele cardiace.

Scanned with OKEN Scanner

COLOANA VERTEBRALĂ

Orice limitare de mișcare sau durere la nivelul coloanei vertebrale trebuie să fie evaluată cu grijă, mai ales la copii, la care durerea abdominală este acuzată frecvent ca o reflectare a unor leziuni vertebrale.

PRESIUNEA SANGUINĂ

Estimarea tensiunii arteriale este adesea de mare ajutor pentru diagnosticarea crizelor abdominale acute, mai ales în cazurile de hemoragie internă, șoc și insuficiență circulatorie secundară ocluziei intestinale în care hipotensiunea arterială este prezentă.

AUSCULTAȚIA

Este bine consacrat aforismul: „un abdomen liniștit înseamnă peritonită, iar borborismele sonore indică ocluzie intestinală". Deși acest aforism este adevărat pentru cazurile clasice, există, totuși, atât de multe excepții, încât datelor auscultatorii nu trebuie să li se atribuie prea mare greutate, ele trebuind să fie interpretate în contextul clinic. *Foarte rar, dacă nu cumva niciodată, datele auscultatorii, ele însele, indică sau contraindică laparotomia.*

Zgomotele peristaltice auscultate pe aria toracică *nu* sunt patognomonice pentru diagnosticul de hernie diafragmatică, iar prin prezența sau absența acestora la nivelul unei formațiuni care a ieșit în evidență în regiunea inghinală nu se poate distinge diferența între un grup ganglionar limfatic hipertrofiat și o hernie inghinală strangulată. Prezența unui zgomot abdominal, frecvent la bătrâni, nu poate fi diagnosticat nici anevrism aortic și nici insuficiență vasculară mezenterică. *Absența unui zgomot nu exclude niciodată prezența unui anevrism aortic.*

Dintre toate modalitățile examenului obiectiv privind diagnosticul abdomenului acut, auscultația este una din cele mai puțin valoroase și care se pretează la cele mai multe confuzii. Astfel, o frecătură pleurală poate fi auscultată ocazional în aria de proiecție a veziculei biliare inflamate, fiind, evident, un semn important atunci când se situează la baza toracelui.

MĂSURAREA ABDOMENULUI

Măsurarea abdomenului a fost folosită de unii chirurgi pentru a căpăta informații privind progresia unei leziuni patologice, în special creșterea distensiei abdominale. Panglica centimetrică de măsurat trebuie, evident,

Scanned with OKEN Scanner

să fie plasată în jurul abdomenului de fiecare dată la același nivel pentru a fi valabilă comparația. Totuși, distensia abdominală, chiar foarte mare, nu produce decât modificări minore la măsurători, astfel încât procedeul pare să aibă o valoare scăzută și să preteze, uneori, la confuzii. De aceea, este mai folositoare simpla estimare digitală a distensiei peretului abdominal, mai ales dacă această apreciere este făcută frecvent de către un observator experimentat și interesat.

Scanned with OKEN Scanner

4. Metodologie diagnosticului: gruparea simptomelor şi semnelor

In cele două capitole precedente au fost descrise metodele de examinare. Pasul următor îl reprezintă gruparea datelor acumulate într-o tentativă diagnostică. Toate urgenţele abdominale se pot manifesta printr-unul sau mai multe din următoarele cinci principale simptome sau semne: *durere, şoc, vărsături, rigiditate musculară* sau *distensie abdominală*. Leziunile grave se pot manifesta prin două sau mai multe din aceste acuze, dar uneori durerea poate fi unicul simptom. De aceea, considerăm a fi de mare ajutor pentru diagnostic combinarea acestor diferite simptome sau semne înglobate în câteva grupări de simptome principale, având — posibil sau probabil — cauze comune. Se va avea în vedere secvenţa de apariţie a acuzelor, intensitatea acestora, ca şi asocierea altor acuze, cum ar fi: febră, diaree, constipaţie — pentru facilitarea diagnosticului diferenţial.

Care sunt, deci, principalele tablouri clinice pe care le întâlneşte chirurgul? Primul tablou este:

DUREREA ABDOMINALĂ IZOLATĂ

De la început trebuie atrasă atenţia asupra unui fapt important: diagnosticul acestor afecţiuni ar fi mult mai simplu dacă durerea şi sensibilitatea s-ar suprapune exact ariei de proiecţie a organului lezat, ceea ce nu corespunde totdeauna adevărului. Durerea iniţială din apendicită este simţită în epigastru sau în regiunea ombilicală, în timp ce durerea dintr-o ocluzie pornind de la nivelul colonului transvers este resimţită în porţiunea inferioară a abdomenului (fig. 7). În acest context, importanţa caracterului durerii — colicativă, continuă, ascuţită, sincopală, cu caracter de arsură etc. — nu mai trebuie subliniată.

Durerea abdominală este singurul simptom în stadiile precoce ale numeroaselor afecţiuni severe. Dacă durerea este unilaterală şi iradiază caudal spre regiunea inghinală şi testiculul de aceeaşi parte, se poate suspiciona colica renală şi se cere un sumar de urină pentru a confirma hematuria. Dacă durerea este resimţită pe întreaga arie epigastrică, dar prezintă maximum de intensitate în hipocondrul drept şi iradiază spre regiunea scapulară se poate suspiciona colica biliară.

Scanned with OKEN Scanner

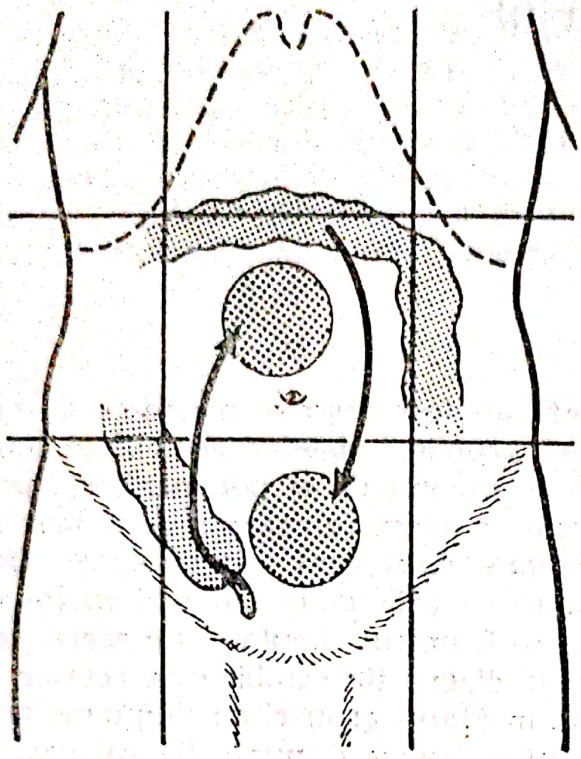


Fig. 7. Durerea inițială este simțită adesea la distanță de locul leziunii.

DUREREA CENTROABDOMINALĂ

Să presupunem că singurul simptom este o durere severă centroabdominală. Care sunt afecțiunile pe care trebuie să le avem în minte?

O durere severă epigastrică sau centroabdominală poate fi datorată unei simple colici intestinale sau poate apărea în stadiul inițial al apendicitei acute, al ocluziei intestinale, al pancreatitei acute și chiar al trombozei mezenterice. (Nu trebuie să se uite că ocluzia intestinală poate fi secundară unei hernii femurale aproape invizibile.) Dar, în plus față de aceste cauze intraabdominale, medicul observator trebuie să-și amintească și de existența anumitor afecțiuni extraabdominale care pot cauza dureri înșelătoare în abdomen, cum ar fi: tabesul dorsal, herpesul zoster, tromboza coronariană și chiar glaucomul acut (fig. 8.).

Regula de aur în aceste cazuri este repetarea examenului după două sau trei ore. În toate cazurile de leziune severă vor apărea și alte acuze: vărsături, febră sau sensibilitate locală la palpare, care ajută la tranșarea diagnosticului.

În cazul apendicitei, după câteva ore vor apărea greață sau vărsături, urmate de sensibilitate în fosa iliacă dreaptă și febră ușoară. *Totuși, în prezența unui apendice situat pelvin, durerea din fosa iliacă dreaptă poate să apară ceva mai tardiv, dar tușeul rectal va revela sensibilitate locală.*

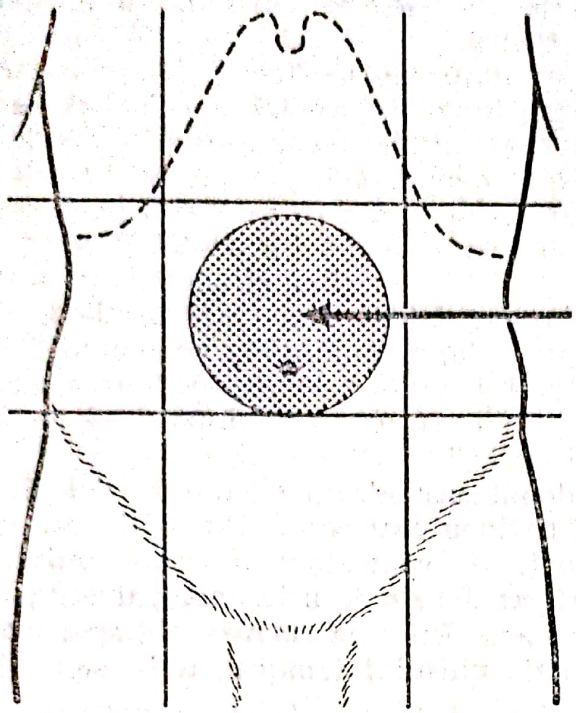


Fig. 8. Durerea centroabdominală acută, neînsoțită de alt simptom.

Colica abdominală simplă, secundară unei alimentații indigeste sau unei afecțiuni bacteriene incipiente, este de obicei calmată de apăsarea abdomenului și este însoțită de zgomote ca niște gâlgâituri; dacă durerea persistă trebuie suspicionată o cauză mai serioasă, chiar dacă pacienții au tendința să atribuie durerea abdominală unei abateri alimentare.

Tabesul dorsal, o boală rară în zilele noastre, poate fi exclus prin căutarea reflexelor osteotendinoase la genunchi și a reflexelor oculare (fotomotor și de acomodare). În ceea ce privește herpesul zoster, apariția erupției caracteristice, precedată uneori de o zonă de hiperalgezie cutanată, ca și absența grețurilor și a vărsăturilor sunt tot atâtea elemente de diagnostic. Durerea poate preceda apariția erupției chiar cu mai multe zile.

Durerea abdominală ce însoțește uneori glaucomul acut poate distrage atenția, atât a pacientului, cât și a medicului de la adevărata cauză. Dar, dacă avem în vedere și această posibilitate, greșeala poate fi rapid corectată.

DURERE CENTROABDOMINALĂ SEVERĂ CU ȘOC GRAV

Când o durere severă centroabdominală este însoțită de simptomele unui șoc grav, adică: colaps, paloare, hipotermie și hipotensiune arterială, dar fără rigiditate musculară abdominală, foarte probabil cauza poate fi: pancreatita acută, tromboza mezenterică, hemoragia internă,

ruptura de anevrism aortic, anevrismul disecant sau chiar o tromboză coronariană, iar la femei, sarcină ectopică.

Pancreatita acută debutează cu durere epigastrică violentă, dar și lombară profundă, precum și în porțiunea inferioară a coloanei vertebrale. Pot apărea și eructații iar, într-un stadiu tardiv, un grad de rigiditate musculară epigastrică. Pe măsura evoluției leziunilor, revărsatul inflamator iritativ migrează spre abdomenul inferior, mai ales în dreapta, și se creează condiții care ar putea mima apendicita acută. Prezența în anamneză a antecendentelor de colică biliară și a alcoolismului orientează diagnosticul pe o pistă corectă, dar dubiul poate încă persista, până într-un stadiu mai avansat, când apar: hiperamilazemia și semnul Grey-Turner (modificări de culoare la nivelul regiunii lombare). Starea de șoc poate apărea în prima oră, dar, mai adesea, ea apare după 6—8 ore sau chiar după 24 de ore de la debutul durerii.

Ruptura anevrismului aortic debutează adesea cu durere dorsală ce iradiază spre regiunile inghinale, perineu sau scrot. Pulsațiile nu sunt de obicei absente și, frecvent, poate fi constatată o massă pulsatilă.

Anevrismul disecant debutează cu durere toracică care, uneori, iradiază în jos, pe membrul superior stâng. Durerea abdominală apare ceva mai târziu și poate duce la dispariția pulsului femural, uni- sau bilateral.

Tromboza mezenterică este foarte greu de diagnosticat în stadiul precoce, dar antecendentele de claudicație intermitentă, angor abdominal sau alte manifestări serioase arteriale pot orienta diagnosticul.

Tromboza coronariană, care se manifestă adesea prin dureri violente în epigastru, poate pune probleme dificile de diagnostic diferențial cu o afecțiune intraabdominală (vezi capitolul 24).

Durerea și colapsul acut, secundare unei hemoragii în cavitatea peritoneală (ca rezultat al unui anevrism rupt, al unei rupturi spontane a splinei sau, la femeie, al unei sarcini ectopice), duc rapid la anemie evidentă și severă, acompaniată de o bombare a abdomenului și de o respirație rapidă și superficială.

DURERE CU VĂRSĂTURI ȘI DISTENSIE CRESCÂNDĂ A ABDOMENULUI, DAR FĂRĂ RIGIDITATE MUSCULARĂ

Această grupare de simptome corespunde, de obicei, ocluziei intestinale. O singură vărsătură inițială apare în aproape toate urgențele abdominale, dar repetarea și persistența acesteia este un indiciu de ocluzie a intestinului subțire sau al unei peritonite difuze; în a doua eventualitate apare și rigiditatea abdominală. În ambele circumstanțe, distensia abdominală este prezentă, dar apariția ei este mai precoce în cazul peritonitei.

Este adevărat că durerea abdominală centrală severă, cu vărsături repetate și fără distensie, poate fi determinată de gastrita acută, dar acest diagnostic, pentru a fi acceptat, trebuie să fie unul de excludere a unor afecțiuni mult mai serioase, cum ar fi, în primul rând, ocluzia in-

Scanned with OKEN Scanner

testinală înaltă. Peretele abdominal trebuie atent examinat pentru a evidenția prezența unor cicatrice postoperatorii mai vechi și pentru a controla toate orificiile herniare, în special cel femural. De asemenea, trebuie observat, în dinamică, aspectul lichidului de vărsătură pentru a nota orice modificare de culoare și a surprinde trecerea de la aspectul verzui, bilios, de reflux, la cel galben-murdar și urât mirositor, preludiul aspectului fecaloid din ocluzia severă a intestinului subțire.

Dacă vărsăturile sunt mai puțin frecvente și distensia abdominală s-a instalat progresiv, se poate presupune că ocluzia este joasă, în ileonul terminal. În această situație, dacă peristaltismul este vizibil se întărește supoziția. În caz de dubiu se recomandă repetarea examinării după 1—2 ore și, dacă este posibil, efectuarea unor radiografii abdominale simple, în ortostatism și clinostatism, pentru a evidenția un posibil lichid sau orice distensie intestinală semnificativă pentru o încolăcire a intestinului subțire.

DURERE ABDOMINALĂ CU CONSTIPAȚIE, DISTENSIE PROGRESIVĂ ȘI PROBABIL VĂRSĂTURI

Acest mod de înlănțuire a simptomelor caracterizează de obicei ocluzia intestinului gros și în particular a sigmoidului. În cazul unui bolnav care a avut durere abdominală, cu constipație și distensie progresivă, dacă, la un moment dat, apar vărsături, ce devin din ce în ce mai frecvente, atunci se poate suspiciona o ocluzie a intestinului gros, complicată brusc cu o insuficiență a valvei ileocecale, rezultatul fiind o retropresiune în ileonul inferior, care generează simptome de ocluzie a intestinului subțire. O radiografie abdominală simplă poate furniza date prețioase pentru diagnostic.

Apariția relativ rapidă a distensiei în tabloul ocluziei intestinului gros, în special la un pacient vârstnic, trebuie să ridice suspiciunea unui volvulus al colonului sigmoid. Uneori, tușeul rectal permite să se palpeze o bază îngroșată a unei anse intestinale răsucite și, dacă este posibilă efectuarea unei radiografii simple, se poate vedea, foarte clar, ansa intestinală destinsă.

Preoperator, în cazul oricărei ocluzii intestinale, este obligatorie efectuarea examenului urinei și palparea regiunilor lombare, pentru decelarea unei eventuale tumori la acest nivel. Uremia de orice etiologie poate determina o distensie abdominală și vărsături. Această distensie uremică poate fi secundară insuficienței renale determinate de o retropresiune, cum se întâmplă în hipertrofiile mari de prostată, boala polichistică renală bilaterală sau pionefroza bilaterală litiazică. Personal, am asistat odată la o laparotomie pentru o presupusă ocluzie intestinală cu distensie și vomă, dar, în realitate, bolnavul avea insuficiență renală pe fondul unei intoxicații cu plumb.

Vărsăturile și distensia abdominală la nou-născut ar putea avea drept cauză o ocluzie congenitală a intestinului subțire. Confirmarea

Scanned with OKEN Scanner

acestui diagnostic se face prin radiografie abdominală simplă, care evidenţiază prezenţa lichidului în intestinul subţire prin imagini caracteristice.

La copii, o anumită formă de ocluzie şi de peritonită (prin pneumococ) merită a fi, în mod special, menţionată.

Frecvenţa ocluziei prin invaginaţie la copiii între 6 şi 18 luni este destul de mare (vezi capitolul 14). Apare mai frecvent la băieţi în aparenţă sănătoşi. Debutul simptomelor este brusc: copilul geme, ţipă, pare suferind, este palid şi îşi trage picioarele în sus, acuzând durere abdominală. Apoi, durerea descreşte în intensitate, copilul se simte mai bine, merge la culcare, adoarme, dar, din nou, va fi trezit din somn prin revenirea durerii şi a crizei. După câteva astfel de episoade dureroase, examinarea abdomenului poate revela o umflătură ca „un cârnat" în epigastru sau în partea stângă a abdomenului. Se poate observa prezenţa de sânge sau mucus în anus sau în scaun şi pe degetul care a efectuat tuşeul rectal. Irigoscopia cu bariu poate demonstra şi confirma diagnosticul de invaginaţie. (Peritonita pneumococică la copii va fi discutată în capitolul 20.)

DURERE ABDOMINALĂ SEVERĂ CU COLAPS ŞI RIGIDITATE GENERALIZATĂ A PERETELUI ABDOMINAL

Prezenţa grupării de simptome şi semne menţionate mai sus, la un bolnav, semnifică aproape întotdeauna o perforaţie viscerală, de obicei gastrică sau duodenală, prin eroziunea unui ulcer peptic. Cauze mai rare care produc rigiditate generalizată abdominală sunt: perforaţia veziculei biliare sau a unui ulcer colonic stercoral; ocazional, ruptura unui apendice inflamat şi foarte destins poate, rapid, să producă şi colaps, pe lângă rigiditatea generalizată a abdomenului.

Una din bolile extraabdominale care ar produce, uneori, durere severă şi rigiditate a abdomenului este pleuropneumonia bilaterală, dar, dacă rezistenţa musculară va putea fi învinsă, nu va exista nici sensibilitate profundă, iar diagnosticul va fi revelat prin examinarea toracelui.

În criza gastrică din tabes nu apare rigiditatea peretului abdominal, în afară de cazul în care există concomitent şi o peritonită. Nu trebuie uitat că o perforaţie a ulcerului gastric sau duodenal *poate* foarte bine să apară şi la un pacient suferind de tabes dorsal.

Simptomele unui ulcer peptic perforat sunt bine cunoscute şi caracteristice. Astfel, într-o primă fază, apare brusc durerea severă şi generală, întinsă pe tot abdomenul, adesea acompaniată de un colaps iniţial şi totdeauna asociată cu o rigiditate „lemnoasă" a peretelui abdominal (fig. 9). După una sau două ore de la debut, urmează o a doua fază, în care bolnavul se simte şi arată mai bine, subiectiv ar părea ameliorat, dar semnele obiective, mai ales rigiditatea „lemnoasă" abdominală, persistă. În fine, urmează o a treia fază, după circa 12 ore, când peritonita a evoluat, au început vărsăturile, iar distensia abdominală şi tahicardia

Scanned with OKEN Scanner

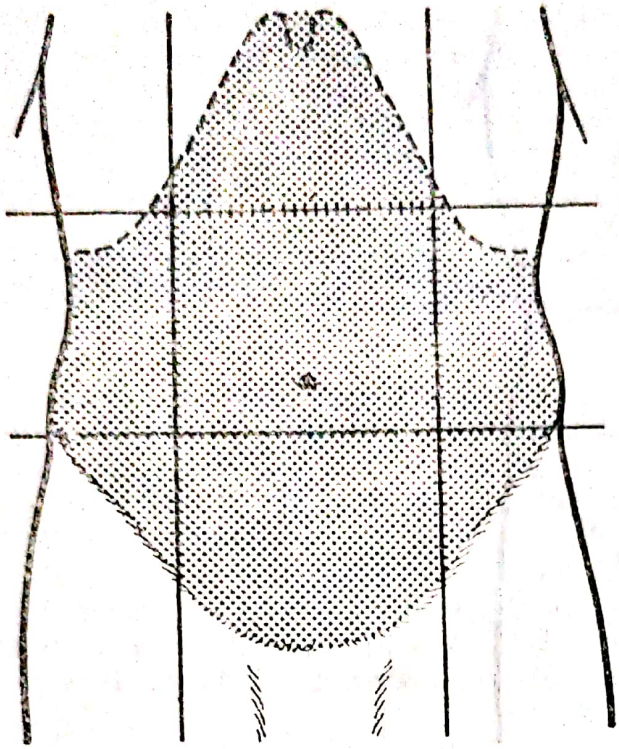


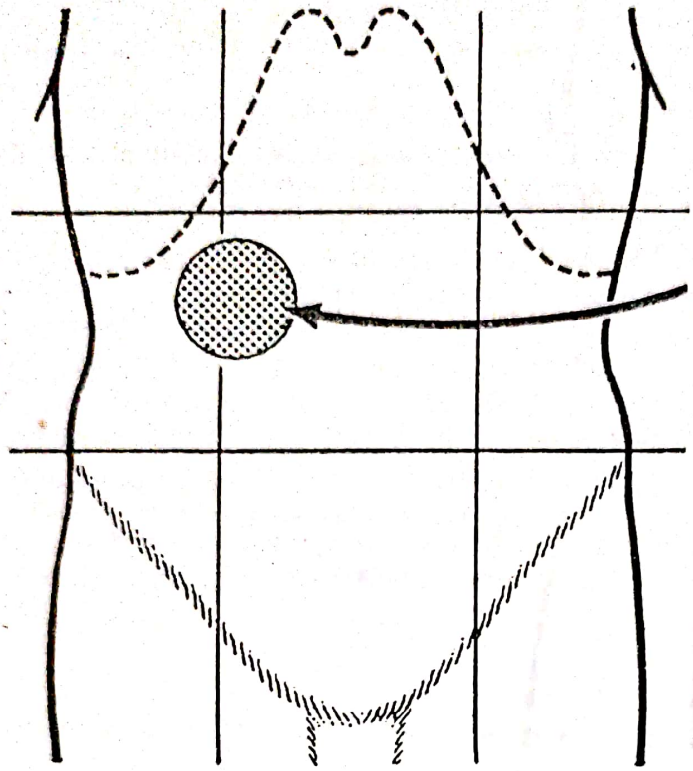
Fig. 9. Durerea abdominală severă cu colaps şi rigiditate generală a peretelui abdominal.

s-au accentuat. Deseori, durerea este resimţită la nivelul vârfului umărului drept, iar matitatea hepatică poate fi diminuată. Dacă există condiţii pentru efectuarea unei radiografii abdominale simple, se poate pune în evidenţă prezenţa aerului între ficat şi diafragm (vezi capitolul 8 şi planşa 2).

Grupul de simptome ce poate fi cel mai frecvent şi, adesea, cel mai greu de diagnosticat este acela în care durerea, sensibilitatea la palpare şi rigiditatea musculară sunt localizate în diferite părţi ale abdomenului. De cele mai multe ori, diagnosticul depinde de o discriminare atentă a cauzelor posibile; unele din ele, afectând diferite regiuni ale cadranelor abdominale, vor fi discutate mai jos, pe scurt.

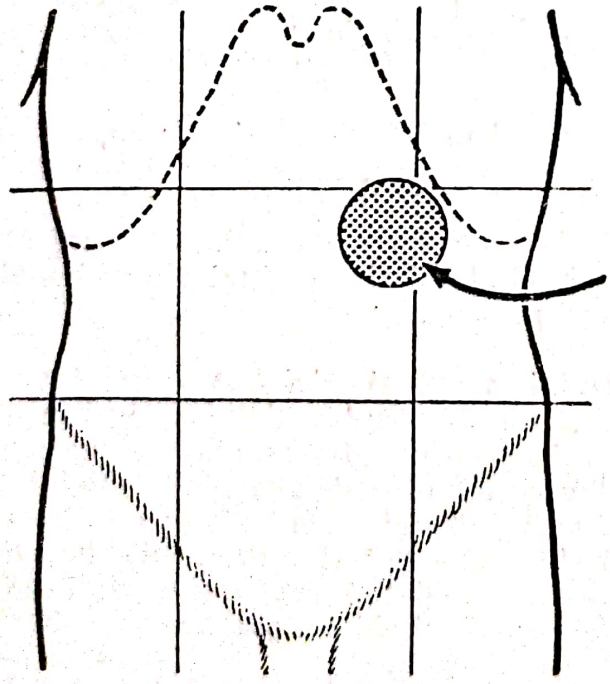
Durere la nivelul hipocondrului drept şi rigiditate (fig. 10). În absenţa unei afecţiuni pulmonare, această combinaţie de simptome se datorează, de obicei, fie unei colecistite acute, fie unui ulcer duodenal perforat acoperit (diagnosticul diferenţial este detaliat în capitolul 9). Preoperator, uneori, cele două situaţii patologice sunt dificil de diferenţiat. În zonele tropicale, aceleaşi simptome pot fi cauzate de hepatita amebiană, iar în regiunile în care boala hidatică este frecventă, în diagnosticul diferenţial trebuie luat în discuţie şi chistul hidatic.

Durere la nivelul hipocondrului stâng şi rigiditate. Cadranul superior stâng al abdomenului reprezintă cea mai puţin obişnuită zonă de



Ulcer duodenal perforat; Colecistită acută; Apendicită cu apendice sus situat; Pleurezie.

Fig. 10. Sensibilitatea dureroasă și rigiditatea în hipocondrul drept.



Pancreatită. Ulcer gastric perforat (abces subfrenic). Diverticulită jejunală. Ruptură de splină (spontană); Anevrism fisurat de arteră splenică. Perinefrită acută.

Fig. 11. Sensibilitatea dureroasă și rigiditatea în cadranul superior stâng.

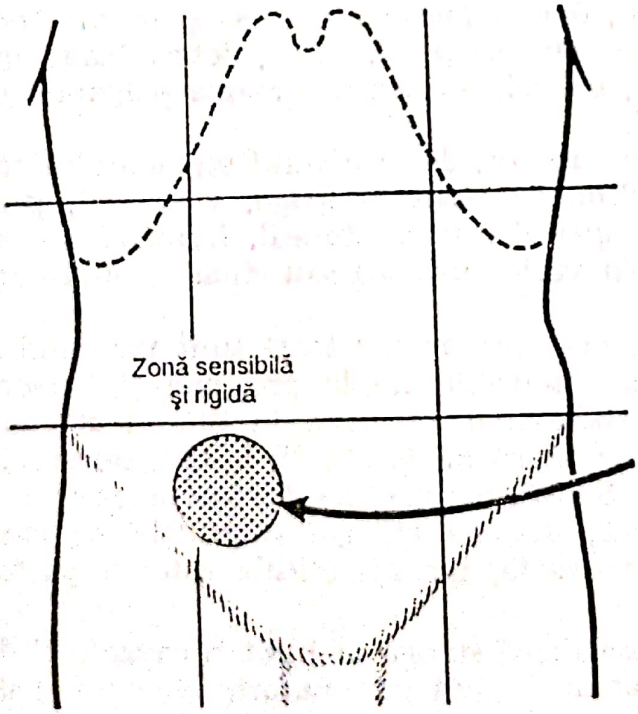
Scanned with OKEN Scanner

origine a peritonitei localizate şi toate cauzele generatoare sunt rare. Deşi, dintre aceste cauze, cea mai frecventă este, indubitabil, pancreatita acută, nu trebuie omise, în cadrul diagnosticului diferenţial: perforaţia acoperită de aderenţe a ulcerului gastric, ruptura unui diverticul jejunal inflamat, fisura anevrismului arterei splenice şi ruptura spontană a splinei (fig. 11).

În ultimele două afecţiuni devine evident elementul hemoragic, decelabil prin examen hematologic, care — ocazional — ar mai putea aduce şi surpriza unei leucemii. O anamneză minuţioasă poate sugera prezenţa unui ulcer gastric sau o diverticulită jejunală.

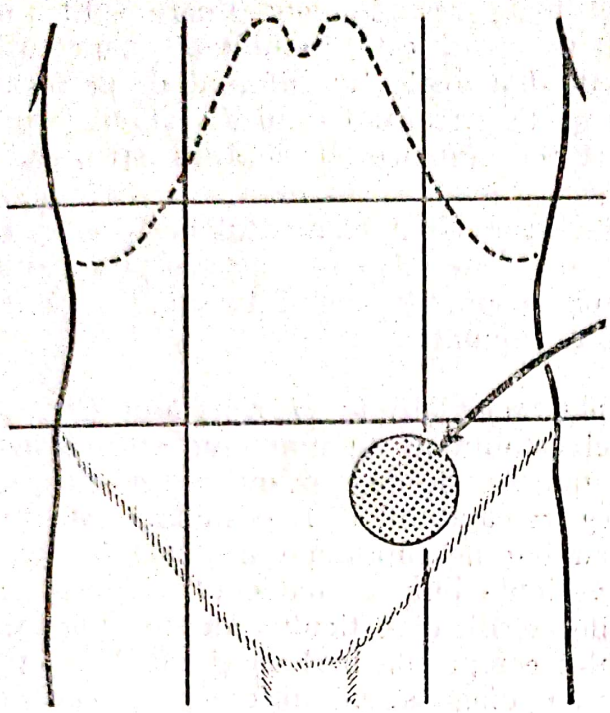
Durere în fosa iliacă dreaptă, sensibilitate şi rigiditate (fig. 12). Cauza cea mai frecventă a acestei combinaţii de simptome este, desigur, apendicita acută, dar mai există aici o serie de capcane diagnostice, mai rare, care vor fi discutate pe larg în capitolul 6. Deocamdată este suficient să menţionăm că un grup similar de simptome *ar putea* fi întâlnit în afecţiuni privind pancreasul, vezicula biliară, duodenul, chiar şi rinichiul drept, ganglionii limfatici ileocecali, diverticulul Meckel, porţiunea distală a ileonului (ileita), testiculul ectopic (la bărbat) şi tubul fallopian şi ovarul drept (la femeie). Pentru diagnosticul diferenţial, vezi pagina 87.

Durere în fosa iliacă stângă, sensibilitate şi, uneori, rigiditate. Diverticulita colonului stâng (fig. 13). Combinaţia simptomelor de mai sus este cel mai adesea datorată unor zone de diverticulită la nivelul colo-



Apendicită; Ulcer duodenal perforat; Pielită; Pancreatită acută; Ileită regională (exacerbată); Ganglioni ileocecali inflamaţi ; Diverticul Meckel inflamat; Colecistită (cu vezicula biliară jos situată); Peritonită biliară

Fig. 12. Sensibilitatea dureroasă şi rigiditatea în regiunea iliacă dreaptă.



Diverticulită. Pericolită în jurul unui cancer de colon. Peritonită pelvină cu evoluție ascendentă.

Fig. 13. Sensibilitatea dureroasă și rigiditatea în regiunea iliacă stângă.

nului iliac sau a colonului sigmoid, dar și alte cauze mai pot fi luate în considerare.

Colonul descendent, iliac, și sigmoidul conțin material solid și semisolid, care ar condiționa la adulți apariția, prin proliferare, a unor mici evaginații colonice sau diverticuli, uneori foarte numeroși și în care pot stagna materii fecale. Acești diverticuli se pot inflama, determinând îngroșarea peretelui colonului care, uneori, formează o massă palpabilă în fosa iliacă stângă sau pelvis.

Procesul inflamator, acut sau subacut, de la nivelul segmentului colonic stâng afectat de diverticulită, se poate propaga, ocazional, prin contiguitate peritoneală sau prin spațiul retroperitoneal, formând abcese care, uneori, se deschid spontan în vezica urinară sau chiar la suprafața tegumentului.

Simptomele unui astfel de proces inflamator local sunt previzibile: durere locală în fosa iliacă stângă, sensibilitate la presiune și, uneori, rigiditate musculară a peretelui abdominal adiacent. În timpul atacului inflamator diverticulitic, se notează febră moderată și, inițial, durere în epigastru. Vărsăturile sunt rare. Simptomatologia este foarte asemănătoare apendicitei acute retrocecale, dar pe stânga. (Confuzia se face, foarte rar, când organele sunt inversate, iar apendicele este în partea stângă.)

Durerea și sensibilitatea în fosa iliacă stângă mai pot fi cauzate și de un cancer de colon iliac înconjurat de o zonă inflamatorie, precum și de o colită în cadrul bolii Crohn, care, uneori, nu poate fi diferențiată de diverticulită. Este necesar, de asemenea, să ne reamintim faptul că

Scanned with OKEN Scanner

simptomele inflamatorii cauzate de un apendice pelvin perforat se propagă ascendent din pelvis în fosa iliacă stângă. În plus, medicul observator trebuie să diferenţieze o posibilă pielită acută a rinichiului stâng, care are o tendinţă mai mare la ptoză decât rinichiul drept. Trebuie să avem în vedere, în diagnosticul diferenţial, şi pleurezia stângă, care poate produce durere şi posibil chiar rigiditate în regiunea iliacă stângă.

Durere hipogastrică şi rigiditate. De obicei, acest grupaj de simptome (durere hipogastrică şi rigiditate musculară) semnifică la un bărbat tânăr sau de vârstă mijlocie: un apendice inflamat, perforat; la un bătrân: diverticul sigmoidian perforat; iar la o femeie tânără, în afară de un apendice bolnav, o afecţiune acută ginecologică, legată de uter, de ovare ori de tubii fallopieni. Diagnosticul diferenţial, *in extenso*, în capitolul 7.

Scanned with OKEN Scanner

5. Explorările de laborator și examenele radiologice

Aproape toate edițiile acestei cărți au insistat asupra importanței primordiale a examenului *clinic* în diagnosticarea pacienților cu abdomen acut, orientare ce va fi respectată în continuare. Acest capitol a fost introdus în scopul de a oferi o perspectivă judicioasă clinicianului de a putea alege, din multitudinea testelor disponibile, numai pe acelea adecvate cazului dat. *Supracreditul acordat testelor de laborator și examenelor radiologice duce, adeseori, la interpretări eronate, mai ales dacă anamneza și examenul clinic sunt incomplete sau superficiale.*

Totuși, aceste teste și explorări paraclinice pot fi, fără îndoială, folositoare, dar numai dacă clinicianul sau chirurgul le vor selecționa cu grijă, ținând seama de lipsurile și limitele lor, și dacă vor interpreta corect rezultatele obținute. Acest lucru trebuie subliniat încă o dată pentru practician, deoarece nici un specialist nu se va găsi într-o poziție mai bună pentru interpretarea acestor rezultate decât medicul implicat direct în îngrijirea bolnavului de care răspunde.

În multe centre medicale au fost stabiliți algoritmi standard de explorări paraclinice și radiologice. Ca o consecință a aplicării lor fără discernământ, se neglijează anamneza și examenul clinic obiectiv și mulți bolnavi cu abdomen acut riscă să fie supuși unor teste adesea scumpe, inutile și chiar înșelătoare, deci periculoase. De aceea este imperios necesar ca practicianul să înțeleagă că *niciodată testele de laborator nu vor putea substitui evaluarea clinică a bolnavului.* Ar fi necesare mult prea multe pagini pentru a detalia diferitele moduri în care folosirea rigidă a testelor de laborator a dus la erori diagnostice. Din nefericire, s-a răspândit tot mai mult credința greșită că rezultatul unei analize, exprimat prin cifre sau un raport, ar fi mai credibil decât evaluarea clinică — nimic mai departe de adevăr. *De cele mai multe ori, decizia operatorie trebuie luată fără confirmarea paraclinică a diagnosticului.*

RADIOGRAFIILE ABDOMINALE STANDARD (SIMPLE ȘI ÎN POZIȚIE VERTICALĂ)

Nu sunt indispensabile și nici recomandabile în toate cazurile de durere abdominală. La bolnavii cu hernie inghinală sau femurală strangulată, al căror diagnostic este clar, nu este justificată radiografia; de

Scanned with OKEN Scanner

asemenea, în cazurile clasice de apendicită acută, colecistită, ulcer perforat sau afecțiuni ale organelor genitale la femeie.

Totuși, când cauza unei dureri din hemiabdomenul drept este imprecisă, evidențierea pe radiografie a unei imagini calcificate de coprolit în cadranul inferior drept permite, uneori, stabilirea diagnosticului de apendicită acută și alegerea inciziei adecvate (planșa 3). Calculii biliari radioopaci (prezenți în 15% din cazuri) sau prezența bulelor de gaz la nivelul peretelui sau lumenului veziculei biliare, la un bolnav cu simptomatologie sugestivă de colecistită acută, confirmă acest diagnostic, deși aceeași importanță diagnostică o are evidențierea prin *palpare* fizică a unui colecist sensibil. Prezența aerului liber în cavitatea peritoneală permite chirurgului stabilirea diagnosticului de ulcer duodenal perforat în cazurile dubioase de durere atipică la nivelul hipocondrului drept. Trebuie amintit însă că aerul liber nu apare decât în 20% din cazuri de ulcer perforat. Cu multă ușurință acesta poate scăpa din imaginea radiografică, atunci când este vizibil numai printre ansele intestinale. Pentru a crea cele mai bune condiții de a observa aerul liber sub diafragm sau peretele abdominal, unde este cel mai ușor detectabil, bolnavul trebuie ținut în poziție șezând sau în decubit lateral, timp de cel puțin 5 sau 10 minute, înainte de a trece la poziția verticală sau de decubit, în care se va face expunerea filmului, amănunt adesea ignorat de tehnicienii din laboratoarele de radiologie.

La pacienții cu ocluzie intestinală nestrangulată a intestinului subțire sau la cei cu ocluzie colonică, radiografia simplă poate stabili diagnosticul. Trebuie reamintit însă faptul că la cel puțin 50% din pacienții cu obstrucție strangulată a intestinului subțire, radiografiile simple sunt *normale*, fără date deosebite pentru diagnostic.

RADIOGRAFIILE CU SUBSTANȚĂ DE CONTRAST

Atunci când astfel de radiografii sunt necesare, în special în cazul suspiciunii unei perforații de organ cavitar gastrointestinal, ele trebuie efectuate utilizând substanțe de contrast hidrosolubile în loc de bariu, deoarece sunt cunoscute reacțiile adverse ale bariului ajuns în cavitatea peritoneală prin perforație. Totuși, substanțele de contrast hidrosolubile nu sunt capabile să ofere rezultate calitative la fel de bune ca și în cazul folosirii bariului, pentru diagnosticarea unor ocluzii de intestin subțire sau gros. Utilizarea acestora la *toți* bolnavii cu durere abdominală acută, fără discriminare, așa cum se întâmplă în practica obișnuită a multor instituții, este însă de condamnat.

In anumite cazuri, mai dubioase, dar suspicionate clinic de ulcer gastric sau duodenal perforat, demonstrarea radiologică a extravazării substanței de contrast hidrosolubile prin perforație va confirma diagnosticul. Dacă examinarea radiologică efectuată mai târziu nu pune în evidență acest fenomen (extravazarea) și în absența peritonitei *generalizate* la examenul clinic, examen care a suspicionat, totuși, un ulcer perforat, nu se mai pune problema intervenției chirurgicale.

Scanned with OKEN Scanner

La unii pacienți cu ocluzie parțială a intestinului subțire, o radiografie simplă este echivocă, neconcludentă, mai ales dacă a fost efectuată într-o perioadă de acalmie și nu în timpul crizei. Astfel, dacă nu se efectuează un tranzit baritat, cu ingerare de *bariu* în timpul episodului acut, nu se poate ajunge la diagnosticarea unei stenoze a intestinului subțire sau a unui neoplasm la acest nivel. Nu se poate avea nici o reținere de a folosi astfel bariul în aceste cazuri, deoarece conținutul lichidian al intestinului subțire nu favorizează încastrarea bariului la acest nivel. Dimpotrivă, bariul nu trebuie administrat niciodată *per oral* în cazul suspicionării unei ocluzii la nivelul *colonului*, deoarece o obstrucție incompletă poate fi transformată într-o obstrucție completă, prin solidificarea bariului.

Dacă anamneza, examenul clinic și radiografia abdominală simplă indică prezența unei obstrucții colonice, se impune a fi efectuată o irigografie cu substanță de contrast, de obicei cu bariu. Clisma baritată poate preciza exact locul și cauza obstrucției și, de asemenea, poate servi la reducerea unei eventuale invaginații sau la îndreptarea unui volvulus ocazional. Gândirea clinică însă este aceea care urmează să stabilească, în fiecare caz, ordinea efectuării: la început irigografia și apoi endoscopia, sau invers, ambele procedee fiind necesare fără să se excludă reciproc. Dacă se suspicionează diverticulita perforată sau perforația spontană a colonului ori fistuloanastomoza colonului în cavitatea abdominală, trebuie să se recurgă la demonstrarea radiologică a acestor perforații, utilizând substanță de contrast hidrosolubilă și fără a se mai lua în considerare inconvenientele posibile ale metodei.

Pielografia intravenoasă se impune în cazurile suspectate de colică ureterală, în care radiografia renală simplă nu evidențiază calculi (15—20% din cazuri). În plus, ea ar putea fi utilă, aducând date prețioase, în cazul pionefrozei acute prin obstrucție ureterală. La pacienții politraumatizați, la care se suspicionează o leziune renală, efectuarea unei pielografii i.v. se impune de urgență (chiar pe masa de operație, dacă este necesar), pentru a demonstra normalitatea rinichiului controlateral, condiție de a decide o posibilă nefrectomie de urgență. Angiografia selectivă a vascularizației splanhnice este indicată la pacienții cu suspiciune de ischemie mezenterică ocluzivă sau non-ocluzivă (vezi capitolul 16).

EXPLORĂRILE RADIOIZOTOPICE

În ultimii ani, colangiografia i.v. clasică a fost înlocuită tot mai mult cu explorarea radioizotopică. Această nouă metodă folosește un material radioactiv injectat i.v. (technețiul), care se elimină rapid de către un ficat normal, dar nu înainte ca radiațiile pe care le emite să vizualizeze arborele biliar extrahepatic, inclusiv colecistul normal. Dacă vezicula biliară se vizualizează clar, se poate exclude diagnosticul de colecistită acută. Totuși, inversul nu este valabil. Sunt mulți pacienți grav bolnavi, mai ales cei cu colestază intrahepatică, la care radioizotopul nu vizualizează colecistul — deci un rezultat înșelător, fals negativ. Or, prezența

Scanned with OKEN Scanner

unui colecist clinic palpabil, sensibil și destins va avea o importanță diagnostică evident mai mare, ceea ce ar fi un indiciu că testele izotopice *nu* sunt neapărat necesare.

Valoarea acestor explorări radioizotopice constă, totuși, în posibilitatea efectuării diagnosticului diferențial între pancreatita acută și colecistita acută, deoarece în majoritatea pancreatitelor acute radioizotopul poate vizualiza colecistul, cu excepția formelor grave de pancreatită.

EXAMENUL RADIOLOGIC AL TORACELUI

În anumite spitale, îndeosebi în S.U.A., acest examen este efectuat de rutină la toți bolnavii cu dureri abdominale, o practică al cărei cost depășește cu mult beneficiul. Totuși, dacă există suspiciune de pneumonie sau de infarct pulmonar, examenul radiologic al toracelui devine obligatoriu. Ocazional, prezența aerului liber dedesubtul diafragmului poate fi pusă în evidență prin radiografia toracelui, atunci când ea nu este detectată prin radiografia abdominală care ar fi fost făcută unui pacient în poziție de decubit sau în poziție verticală, dar fără să fi fost menținut bolnavul în această ultimă poziție un timp suficient de îndelungat înaintea efectuării radiografiei.

Revărsatul pleural bilateral apare foarte frecvent la pacienții cu procese inflamatorii subdiafragmatice, inclusiv la cei cu peritonită acută difuză. O pleurezie stângă apărută la un bolnav ce prezintă durere localizată în epigastru și la nivelul hipocondrului stâng semnifică pancreatită, în timp ce o pleurezie localizată în dreapta apare mai probabil în cazul ulcerului perforat.

În special la nivelul serviciilor nechirurgicale, a devenit o practică obișnuită puncționarea revărsatelor pleurale. Personal, am văzut un bolnav care după o puncție a dezvoltat rapid un empiem, progresând spre exitus, și un alt caz (salvat *in extremis)* cu piotorax, din cauza acului cu care s-a făcut puncția exploratorie a unui revărsat pleural moderat și care a însămânțat cavitatea pleurală cu lichid infectat de peritonită sau cu conținut stercoral, prin lezarea concomitentă, dar incidentală, a unghiului splenic al colonului. Aceste revărsate pleurale sunt aproape invariabil sterile, cantitativ moderate și spontan remisibile. Toracenteza, cu excepția posibilității dozării amilazei, care este crescută la pacienții cu pancreatită, nu oferă date prețioase pentru diagnostic. Aserțiunea că, virtual, orice revărsat pleural necesită toracenteză în scop diagnostic poate fi extrem de periculoasă.

Prezența unui diafragm ascensionat și imobil este un semn util, căci, de regulă, semnifică prezența unui proces subdiafragmatic, de obicei inflamator.

ULTRASONOGRAFIA ȘI TOMOGRAFIA COMPUTERIZATĂ (CT)

În rândul multor medici s-a întipărit convingerea că orice massă tumorală evidențiată prin examen clinic trebuie neapărat confirmată

Scanned with OKEN Scanner

prin ultrasonografie sau prin explorare tomografică. În contrast cu această părere, se constată tot mai des că, în realitate, datele clinice, obținute de un medic cu experiență, sunt mult mai valoroase decât cele furnizate prin teste de laborator.

Ultrasonografia (ecografia) poate fi utilă în diagnosticul *screening* al unor bolnavi *selecționați* cu durere abdominală acută. Evidențierea prezenței calculilor în colecist, prin ultrasonografie, poate fi de folos diagnosticului, dar nu neapărat necesară în cazul palpării veziculei biliare. Când vezicula biliară nu se palpează, atunci ea devine necesară. Trebuie reamintit faptul că, de multe ori, este greu de apreciat diferența de mărime între un colecist normal în timpul digestiei și un colecist sensibil și destins din colecistita acută. Ocazional, ultrasonografia poate decela pancreasul mărit de volum din pancreatita acută, deși distensia gazoasă intestinală împiedică, deseori, această posibilitate diagnostică.

Recent, unii au sugerat că vizualizarea ultrasonografică a apendicelui cu perete îngroșat poate stabili diagnosticul de apendicită, deoarece apendicele normal nu se vizualizează. Această concluzie nu se bazează însă pe observații ireproșabile. Cel puțin în prezent, *într-un caz de posibilă apendicită, cea mai bună utilizare a ultrasonografiei este prin excluderea, pe bază de diagnostic diferențial, a altor leziuni posibile,* în special la femeie (de exemplu, sarcină ectopică, piosalpinx etc.).

Ultrasonografia poate decela prezența chisturilor cu diferite localizări abdominale, dar aprecierea naturii lor revine clinicianului. De asemenea, poate fi de mare ajutor în decelarea abceselor subdiafragmatice sau a altor colecții postoperatorii, ori a leziunilor chistice pelvine la persoane obeze, la care palparea bimanuală este dificilă. În cazul suspicionării chisturilor dermoide ale ovarului la fete tinere, utilizarea ultrasonografiei poate îndepărta necesitatea explorării prin tehnici diagnostice ce implică radiații nocive (radiologice). Anevrismele aortice pot fi detectate, de asemenea, prin această metodă.

Personal, am întâlnit mai multe situații în care colecții pelvine lichidiene mari, evidențiate ultrasongrafic, au fost eronat interpretate inițial drept glob vezical și pentru care s-au efectuat cistoscopii și/sau pielografii inutile; dar am văzut și situații contrare, în care un glob vezical a fost eronat interpretat ca formațiune tumorală.

Tomografia computerizată (CT) și rezonanța magnetică imagistică (MRI) sunt metode mai noi, dar costisitoare și au o indicație limitată în explorarea bolnavilor cu durere abdominală *acută*. Deși sunt unii autori care au sugerat recent folosirea CT la bolnavii cu contuzii abdominale, fără plagă deschisă, deoarece această metodă ar putea rapid decela rupturi de ficat, de splină sau de pancreas, totuși, timpul necesar pentru obținerea examinării este, în multe instituții, excesiv de mare, ceea ce reprezintă un inconvenient deosebit, mai ales pentru bolnavii în stare de șoc. Se știe că în timpul dezvoltării embrionare, cecul se rotează astfel încât apendicele legat de el ajunge să ocupe orice poziție posibilă, în toate cadranele abdomenului, chiar și în hipocondrul stâng, unde poate fi decelat prin CT. Tot prin CT se poate vizualiza ruptura splinei la pacienți stabili din punct de vedere hemodinamic. Valoarea cea mai

Scanned with OKEN Scanner

mare a explorării prin CT rezidă în detectarea abceselor şi tumorilor hepatice, precum şi în confirmarea sau infirmarea datelor ultrasonografice care au pus în evidenţă, în abdomen, diferite colecţii lichidiene sau anevrisme. Reţinem că principala indicaţie a CT o reprezintă cazurile *cronice*, şi nu cele acute.

ENDOSCOPIA

Gastroduodenoscopia nu-şi găseşte, virtual, locul în diagnosticarea durerii din boala abdomenului acut. Pe de altă parte, sigmoidoscopia cu mijloace flexibile şi colonoscopia sunt extrem de utile la pacienţii care prezintă obstrucţie colonică, deoarece aceste metode pot dezvălui chiar şi cauza obstrucţiei, carcinom sau diverticulită. Polipii, generatori de invaginaţii, pot fi extirpaţi, iar volvulusurile sigmoidiene pot fi îndreptate, după depistarea lor, prin endoscopie colonică. De asemenea, colonoscopia poate, uneori, să fie utilă, facilitând decompresiunea unei obstrucţii adinamice a colonului (ileus colonic) şi înlăturând, astfel, nevoia unei decompresiuni prin intervenţie chirurgicală.

PARACENTEZA ABDOMINALĂ

Efectuată cu ace de calibrul No. 20 sau No. 21, paracenteza abdominală poate fi foarte utilă în anumite forme de peritonită cu origine obscură. Spre exemplu, analiza biochimică şi bacteriologică a lichidului peritoneal obţinut prin puncţie ar putea stabili diagnosticul unei peritonite primare pneumococice sau, prin caracteristicile importante ale lichidului, se poate face diferenţierea între un ulcer perforat şi pancreatita acută. Trebuie amintit, totuşi, faptul că nivelul amilazei din lichid ar putea fi crescut în ulcerul perforat ca şi în ocluzia strangulată şi, la fel, în pancreatita acută. Personal, prefer să folosesc un ac relativ scurt, care să fie introdus în cavitatea peritoneală după o prealabilă anestezie locală a peretelui abdominal. Procedeul nu îşi găseste indicaţia la bolnavi cu distensie abdominală accentuată, trebuind a fi evitată *regiunea de proiecţie a veziculei biliare* (fig. 14). Colecistul nu se contractă viguros în jurul locului puncţionat, aşa cum o face intestinul subţire, astfel încât există riscul apariţiei peritonitei biliare dacă acul traversează peretele colecistului. În condiţiile efectuării puncţiei la un bolnav cu distensie abdominală marcată, acul, foarte frecvent, poate traversa peretele intestinului, condiţie septică în care obţinerea unui lichid intestinal fecaloid ar putea să ducă la stabilirea unui fals diagnostic de peritonită stercorală.

Puncţionarea cavităţii peritoneale îşi găseşte indicaţia majoră la bolnavii cu contuzie abdominală, mai ales în caz de asociere cu o leziune intracraniană şi cu pierdere de conştienţă. Cele mai bune rezultate se obţin prin introducerea i.v. a unei canule lungi de plastic sau a unui cateter de dializă peritoneală, după o mică incizie parietală pe linia albă,

Scanned with OKEN Scanner

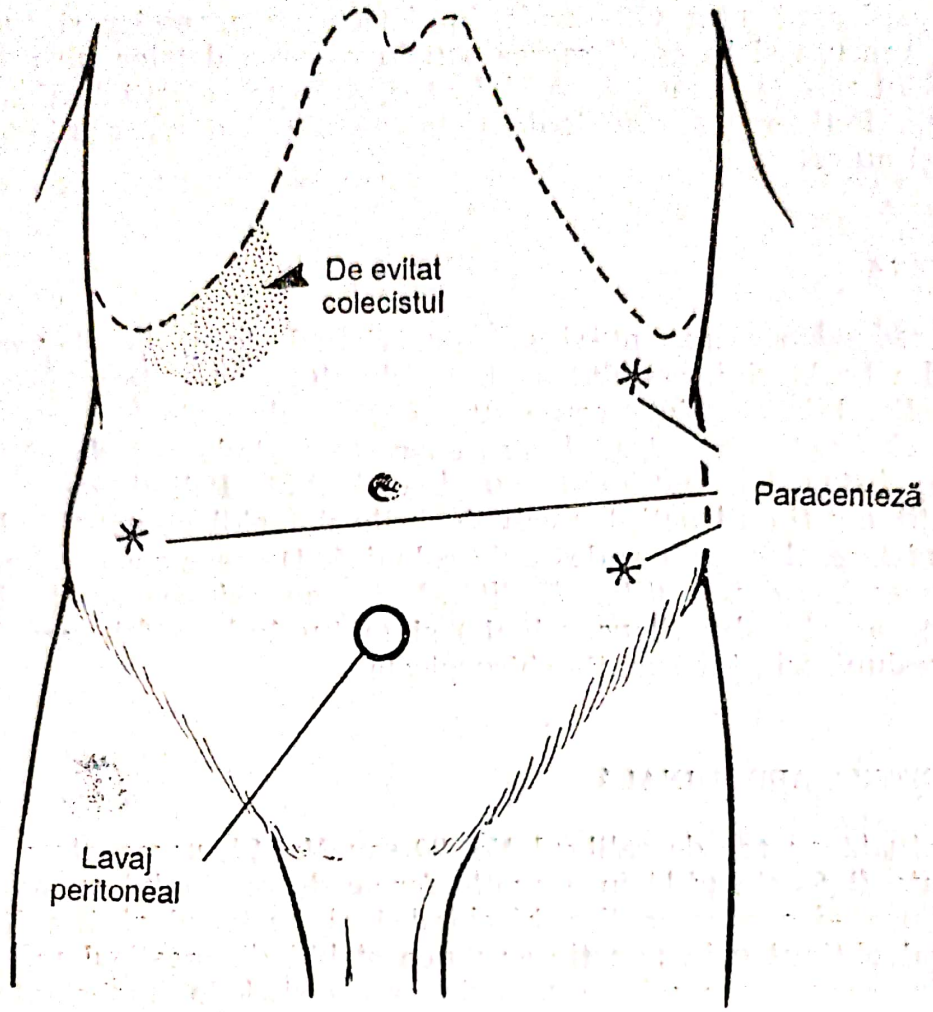


Fig. 14. Locurile indicate pentru paracenteză sau lavaj peritoneal.

sub anestezie locală, la nivelul mijlocului distanței pubis-ombilic și numai după ce ne-am asigurat de vacuitatea vezicii urinare. Pe cateter se introduce în cavitatea peritoneală circa un litru de ser fiziologic, care este apoi recuperat într-un recipient steril. Aspectul opac al lichidului, ce împiedică citirea unui ziar așezat în spatele flaconului, este un semnal pentru intervenția chirurgicală. Un alt criteriu pentru operație ar fi hipercelularitatea lichidului, și anume dacă se situează între 50 000 și 100 000 elemente/mm^3. Procedeul nu-și găsește justificare în condițiile în care starea de conștiență a bolnavului traumatizat permite evidențierea semnelor clinice de peritonită.

LAPAROSCOPIA

Acest procedeu este folosit pe scară largă de ginecologi în diagnosticarea sarcinii ectopice, a chisturilor ovariene și pentru diagnosticul diferențial între bolile inflamatorii genitale din pelvis și apendicita acută.

Laparoscopia, care necesită anestezie generală, are o aplicabilitate mult limitată de prezenţa eventualelor aderenţe rămase după operaţii anterioare. În afară de cazul în care apendicele poate fi vizualizat în totalitate, un exsudat pelvin purulent poate fi, în mod greşit, atribuit unei salpingite, când, de fapt, este vorba de o ruptură a apendicelui. Dacă există vreun dubiu asupra naturii procesului patologic, se impune laparotomia. După părerea mea, laparoscopia este o metodă cu grad de dificultate ridicat şi cu indicaţie extrem de limitată pentru explorarea cavităţii abdominale. Până în prezent, nu există date controlabile care să ateste că avantajele laparoscopiei sunt mai mari faţă de cele ale laparotomiei, atunci când aceasta din urmă este indicată preferenţial de către un chirurg priceput.

TESTELE STANDARD DE SÂNGE ŞI URINĂ

Încrederea excesivă în aceste teste îl poate, adesea, încurca pe clinician. Astfel, de exemplu, la mulţi pacienţi cu apendicită, chiar după apariţia perforaţiei, leucocitele se menţin în limite normale. În stadiul precoce al unei hemoragii acute intraabdominale, aşteptarea apariţiei semnelor de anemie acută consumă inutil un timp preţios şi poate, deci, periclita viaţa bolnavului. Totuşi, în cazul unui pacient cu ulcer perforat sau cu ocluzie intestinală, aprecierea hemoconcentraţiei, a modificărilor electrolitice şi ale ureei din ser poate oferi date preţioase în conducerea tratamentului preoperator de reechilibrare. La bolnavii cu suspiciune de diabet zaharat, determinarea glicemiei este obligatorie.

Nu se poate sublinia mai mult faptul că, uneori, un medic cu simţ de răspundere trebuie să examineze personal un frotiu sanguin în cazul apariţiei unei discrazii sanguine şi, de asemenea, tot el să examineze sedimentul urinar dacă se suspicionează o colică ureterală sau o infecţie urinară. Chiar dacă în sedimentul urinar s-ar găsi un număr mic de eritrocite, acest fapt ar putea ajuta la stabilirea diagnosticului de litiază ureterală la un pacient cu anamneză şi date clinice care sugerează această afecţiune.

În multe unităţi de urgenţă, am întâlnit practica dăunătoare de a recomanda o baterie largă de teste de laborator şi de examene radiologice, uneori chiar de către sora de tură, înainte ca bolnavul să fie examinat, clinic, de către medic. Se întârzie astfel nejustificat examinarea unor bolnavi grav şi, de multe ori, unii dintre ei intră în stare de şoc în unităţile de radiologie. Rezultatele „normale" ale analizelor efectuate, oarecum inutil, care sosesc de la laborator sunt de natură, uneori, să liniştească personalul unităţilor de urgenţă, considerând că totul este bine şi că nu ar exista situaţii patologice intraabdominale serioase, ceea ce, adesea, nu este cazul. Ca regulă generală, *medicii trebuie să efectueze, totdeauna, o anamneză minuţioasă şi un examen clinic adecvat, înainte de a recomanda teste de laborator şi examene radiologice.*

Scanned with OKEN Scanner

6. Apendicita

CONSIDERAȚII GENERALE

Este esențial ca cele mai precoce semne și simptome ale apendicitei să fie apreciate în mod clar, deoarece majoritatea chirurgilor cu experiență acceptă punctul de vedere conform căruia orice pacient cu apendicită acută ar trebui să fie operat în primele 24 de ore de la debutul bolii sau, în orice caz, cât mai curând posibil. Există două rațiuni pentru care, de regulă, pacienții cu apendicită ajung în atenția medicului mai târziu de acest interval de timp: fie pacientul apreciază că simptomele de debut nu sunt suficient de serioase pentru a consulta un medic sau medicul consultat este de părere că simptomele nu ar fi tipice pentru apendicită, ori insuficient de severe ca să necesite operație. Pentru remedierea primei situații, este nevoie de educarea populației, iar pentru cea de-a doua, privind reticența medicului, este nevoie ca acesta să-și amintească de faptul că așa-numitele simptome „tipice" de apendicită, după cum sunt descrise în tratatele de medicină, de multe ori indică deja un stadiu avansat al bolii și că este imposibil de prezis — la începutul unei crize — dacă este vorba de o formă ușoară sau severă a bolii.

Oricum, este de dorit, și în multe cazuri este chiar posibil, ca să se pună diagnosticul de apendicită înainte de instalarea peritonitei sau, cel puțin, înainte de a apărea ceva mai mult decât ușoara iritație a peritoneului ce însoțește în mod frecvent orice proces inflamator al intestinului.

Starea anatomopatologică în relație cu simptomele. Diferitele episoade de inflamație a apendicelui vermiform au fost de mai mulți ani bine descrise și înțelese, cu toate că există încă o lipsă de apreciere a stărilor patologice ce coexistă adesea cu simptomele inițiale sau, în orice caz, cu acuzele de debut. Inflamația ușoară a membranei mucoase a apendicelui, inflamația parenchimatoasă a întregului perete și gangrena stratului intern sau chiar a apendicelui în totalitate (cu excepția învelișului peritoneal), toate aceste aspecte anatomopatologice pot coexista cu simptome atât de ușoare (dar *nu* nedefinite), încât ele riscă să fie trecute cu vederea de către pacient sau să fie considerate nesemnificative de un anturaj nepăsător. Chiar ruptura apendicelui, datorită unei gangrene locale, nu-l pune la pat pe pacient și nici nu-l determină să ceară sfatul unui medic, atât timp cât eventualele aderențe locale concură în a limita sau preveni extensia lezională. Dar, atunci când are loc ruptura apendicelui în cavitatea abdominală generală, în absența oricăror aderențe

Scanned with OKEN Scanner

protectoare, sau când, după o localizare inițială, procesul inflamator se extinde, situația este mai gravă, iar pacientul respectiv, oricât de stoic și insensibil ar fi, va cere un consult medical și va trece la pat.

Obstrucția lumenului apendicular, fie printr-o concrețiune, strictură, răsucire sau aderență, este de obicei acompaniată de simptome mult mai acute și severe. Diferența între ruptura și ocluzia apendicelui este atât de clară, încât unii descriu două forme clinice, și anume: apendicita acută și ocluzia apendiculară acută. În măsura în care această diferențiere tinde să sublinieze o urgență operatorie mai mare a formei ocluzive, ea poate să servească acestui scop practic, dar, în nici un caz, nu este necesar să considerăm forma ocluzivă a apendicitei ca o afecțiune aparte.

Când apendicele s-a rupt, starea anatomopatologică nu se exprimă printr-o simplă apendicită, ci prin peritonită locală, difuză sau generalizată, după caz, iar diagnosticul, având această extensie, pare ceva mai complicat. Cauza reală a unei astfel de peritonite poate fi găsită, în mod frecvent, numai printr-o anamneză minuțioasă.

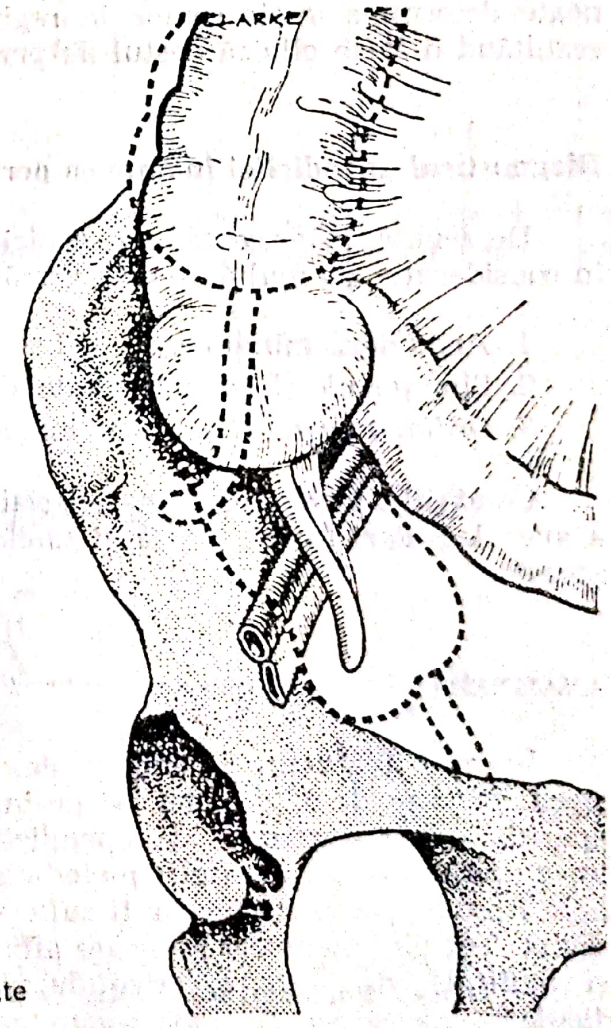


Fig. 15. Diversele poziții pe care le poate ocupa cecul.

Scanned with OKEN Scanner

Poziția anatomică a apendicelui în relație cu simptomele. Apendicele vermiform, deși de obicei este descris ca fiind situat înapoia jonctiunii ileocecale și cu vârful îndreptat spre splină, nu este găsit întotdeauna în această poziție de către chirurg atunci când este inflamat. A cunoaște pozițiile obișnuite ale apendicelui are mare importanță diagnostică, deoarece semnele și simptomele pot varia în funcție de acestea. Diagrama alăturată (fig. 15) arată cele mai frecvente localizări. Din scopuri descriptive, este bine să recunoaștem: apendicele ascendent, apendicele iliac și apendicele pelvin. Totuși, din cauza diferențelor privind gradul de rotație embriologică a cecului, apendicele ar putea să se situeze în oricare altă poziție, chiar și în cadranul abdominal superior stâng. Atunci când apendicele se află alături de colonul ascendent sau în fosa iliacă dreaptă, aici vor fi găsite, de regulă, cele mai evidente semne locale inflamatorii de apendicită, în timp ce, dacă este situat înapoia cecului sau înapoia porțiunii distale a ileonului și a mezenterului comun, procesul inflamator va fi, într-o oarecare măsură, mascat de intestinul ce se interpune în față. Dacă apendicele atârnă undeva deasupra marginii din dreapta a pelvisului adevărat, procesul inflamator poate determina unele semne în regiunea suprapubiană a abdomenului, rezultând o stare clinică destul de periculoasă, asupra căreia vom reveni.

Diagnosticul apendicitei înainte ca perforația să fi avut loc

De regulă, în orice caz de suspicionare a apendicitei trebuie să luăm în considerație, cu multă atenție, următoarele trei elemente:

1. Anamneza minuțioasă imediat înainte de debutul crizei dureroase.
2. Simptomele și semnele locale ale crizei.
3. *Ordinea de apariție* a simptomelor.

Condițiile locale sunt mai variabile și notabile după ce perforația a avut loc, dar, totuși, există și unele indicații clare chiar și înainte de aceasta.

ANAMNEZA

În mod frecvent, anamneza dezvăluie un *istoric* de indigestie, de „gastrită" sau de flatulență, cu puține ore, uneori chiar zile, înainte de apariția crizei dureroase de apendicită. Dacă aceste simptome apar la un pacient care nu a suferit niciodată, sau foarte rar, de dureri abdominale imediat postprandial, ar fi suficient pentru a bănui o posibilă apendicită. Tot din anamneză se poate afla că pacientul a mai suferit în trecut și multiple, dar ușoare, crize dureroase localizate în regiunea apendiculară.

Scanned with OKEN Scanner

Un istoric privind unele neregularități de tranzit intestinal este de asemenea frecvent. Uneori se notează constipație, alteori diaree, în special la copii. Diareea este probabil înșelătoare. În unele cazuri, un apendice pelvin inflamat poate irita rectul prin contiguitate. Această diaree precoce trebuie diferențiată de varietatea cu apariție tardivă, datorită iritației rectului prin peritonită pelvină sau prin abces pelvin. Ultima variantă de diaree se manifestă prin scaune mici și frecvente, adesea cu caracter mucos.

SIMPTOME ȘI SEMNE LOCALE ALE CRIZEI

Semnele și simptomele (fig. 166) sunt următoarele:

1. Durere (inițial epigastrică și apoi în fosa iliacă dreaptă).
2. Vărsături, greață, pierderea acută a apetitului.
3. Sensibilitate dureroasă la palpare (*per* abdomen sau rect).
4. Rigiditate musculară locală (inconstant).
5. Distensie locală (inconstant).
6. Hiperestezie superficială (inconstant).
7. Febră (inconstant).
8. Constipație (inconstant).
9. Simptome testiculare (rar).

Durerea. În majoritatea cazurilor, la început, durerea este simțită în epigastru sau în regiunea ombilicală, și abia mai târziu, în fosa iliacă

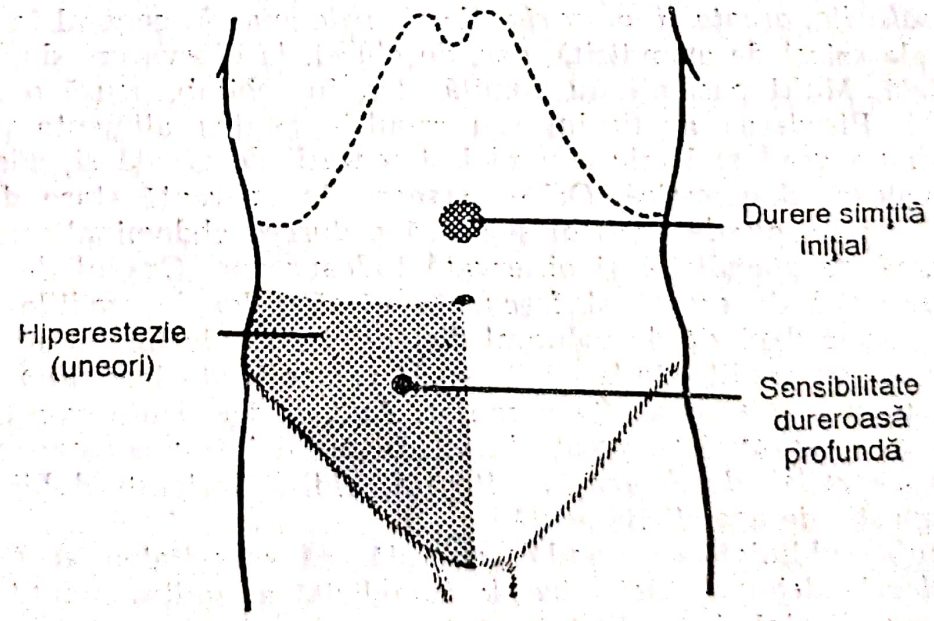


Fig. 16. Localizarea mai frecventă a durerii inițiale, a sensibilității dureroase profunde (provocată prin palpare, aproape întotdeauna atunci când peretele abdominal nu este rigid) și triunghiul iliac de hiperestezie prezent în unele cazuri de apendicită.

Scanned with OKEN Scanner

dreaptă. Câteodată, durerea inițială este simțită difuz, în tot abdomenul, deși, de obicei, așa se întâmplă în cazurile de apendicită perforată. Uneori, durerea este de la început hipogastrică. De multe ori, durerea inițială este vagă și se prezintă sub formă de flatulență excesivă sau ca o indigestie care, foarte frecvent, s-ar atenua după fiecare evacuare a materiilor fecale sau a gazelor, de unde și așa-numita expresie de „impuls de evacuare". Acesta este un fenomen foarte frecvent, existând cazuri în care chiar dacă materiile fecale și flatusul se elimină normal, disconfortul rămâne totuși fără alinare. Atunci când apendicele este situat în poziție retrocecală, durerea inițială poate fi simțită în fosa iliacă dreaptă. Deci, deși se susține că durerea inițială, în mod obișnuit, ar începe în partea superioară sau centrală a abdomenului, acest lucru nu este invariabil.

Durerea precoce în apendicită este mai curând viscerală decât somatică, ca origine, și, astfel, se definește ca un gen de disconfort vag localizat. Faptul cel mai important și primordial ce trebuie subliniat este peristaltismul exagerat al apendicelui, peristaltism excitat de o obstrucție absolută sau relativă a lumenului apendicular, fie printr-o tumefiere a membranei mucoase a acestuia, fie de către o concrețiune ce astupă lumenul sau de o răsucire apendiculară. În cazul unei infecții bacteriene, se realizează o acumulare de produse iritative în lumenul apendicular, care provoacă o distensie dureroasă a acestuia.

În adevăr, cea mai acută și distinctă durere epigastrică se întâlnește în acele cazuri în care ocluzia lumenului apendicular este mai puternică. *Localizarea durerii în regiunea iliacă dreaptă are loc câteva ore după apariția durerii difuze în regiunile epigastrică și ombilicală.*

Vărsăturile, greața și anorexia. Vărsăturile apar în general în stadiile precoce ale crizei de apendicită, dar, de obicei, la câteva ore după durerea inițială. Mulți pacienți nu vomită, dar, în schimb, acuză o senzație de greață. Pierderea apetitului sau repulsia pentru alimente poate fi privită ca un grad mai mic al aceleiași senzații de greață și, adesea, cu aceeași valoare diagnostică. Orice persoană în aparentă stare de sănătate care, brusc, pierde apetitul și acuză o durere abdominală va trebui suspicionată de apendicită și observată îndeaproape. Gradul de intensitate a senzației de greață și frecvența vărsăturilor în stadiile precoce ale bolii par să depindă de volumul distensiei apendicelui inflamat. Vărsăturile apar cu predilecție la copii sau la pacienții al căror tract digestiv este mai ușor predispus să fie deranjat. Atât de frecventă este prezența anorexiei și a senzației de greață încât, cel puțin într-o oarecare măsură, existența senzației de foame, nealterată, ridică serioase dubii asupra unui diagnostic de apendicită acută.

Trebuie subliniat, ca regulă generală, că severitatea și frecvența vărsăturilor la debutul unei crize de apendicită ar indica gradul de distensie a apendicelui și, implicit, ar putea preciza riscul apariției imediate a unei perforații. În apendicita acută, vărsăturile nu apar înaintea durerii decât extrem de rar. Atunci când apar, se poate bănui un alt diagnostic.

Scanned with OKEN Scanner

Sensibilitatea dureroasă la palpare. Sensibilitatea locală, în dreptul apendicelui, lipsește, în mod frecvent, la începutul crizei acute, dar numai atât timp cât simptomele locale sunt oarecum mascate de durerile abdominale generalizate, după care, ceva mai târziu, această sensibilitate se instalează și este ușor decelabilă local. Uneori, chiar la o palpare foarte atentă, în stadiul *inițial* al apendicitei nu se poate decela nici o urmă de sensibilitate locală în fosa iliacă. O sensibilitate dureroasă precoce poate apărea la palparea profundă a unui anumit punct, situat la mijlocul liniei dintre spina iliacă antero-superioară și ombilic sau foarte puțin mai jos, care ar corespunde, cu aproximație, locului de inserție a apendicelui (semnul, sau punctul, Mc Burney). Dar nici durerea apărută la presiunea punctului Mc Burney nu este constantă. Ea pare să corespundă localizării apendicelui și, deci, variază cu poziția acestuia, fiind decelabilă atunci când apendicele nu este aderent în altă parte. Uneori, această sensibilitate dureroasă la presiune poate fi datorată unei iritații peritoneale adiacente. Punctul maxim sensibil se poate localiza câteodată și prin percuția moderată și atentă a regiunii afectate. În cazul în care apendicele este situat în pelvis, un tușeu rectal poate fi dureros dacă presiunea degetelor cade pe organul afectat. În același timp, sensibilitatea dureroasă la palparea peretelui abdominal poate fi absentă. Această sensibilitate va fi diminuată în cazurile în care apendicele este situat retrocecal sau înapoia mai multor anse de intestin subțire.

Oricare ar fi constelația de semne și simptome, diagnosticul clinic al apendicitei acute nu poate fi stabilit decât dacă se poate demonstra o sensibilitate dureroasă, *oarecum localizabilă,* indiferent de intensitatea sa.

Hiperestezia. Hiperestezia locală a tegumentelor peretelui abdominal este un element, frecvent dar inconstant, care însoțește un apendice inflamat neperforat. Apare de obicei în partea dreaptă. Suprafețele de tegument afectate corespund aproape întotdeauna ariei de distribuție a nervilor din segmentele spinale: X, XI și XII dorsale și din primul segment lombar.

Rigiditatea. Rigiditatea musculară locală deasupra ariei inflamate este, în mod frecvent, prezentă, dar, în stadiile inițiale nu este deloc constantă. Se descriu mai multe grade de rigiditate musculară. Gradul extrem este cel în care o anumită porțiune a peretelui abdominal este în mod persistent întărită, rigidă, și care nu este mobilă cu mișcările respiratorii ale bolnavului; într-un grad mai moderat, musculatura respectivă se întărește aproape imediat ce mâna palpatorie atinge tegumentul, iar, în cazul cel mai ușor, rigiditatea apare când degetele palpatorii apasă mai profund în fosa iliacă sau în dreptul apendicelui. În cele mai multe cazuri, rigiditatea musculară extremă coincide cu un început de peritonită; chiar și cea moderată, dacă persistă, se presupune a fi datorată unei iritații a peritoneului parietal. De obicei, într-un caz de apendicită fără peritonită nu apare rigiditate musculară locală. Făcând o astfel de afirmație, se înțelege că trebuie exclusă, cu mare grijă, posibilitatea unei reacții de rezistență, care se întâlnește la unii pacienți din

cauza nervozității și a fricii sau care poate fi indusă de o mână examinatoare prea aspră ori rece. Fără îndoială, în cazul unui apendice neperforat situat în pelvis, rigiditatea peretelui abdominal este aproape întotdeauna absentă. Faptul de a nu înțelege acest aspect important implică responsabilitatea pentru numeroase operații făcute tardiv și pierderi de vieți. De reținut că *un apendice inflamat poate fi oricând pe punctul de a se sparge brusc, infectând cavitatea peritoneală generală, fără a exista vreo aderență care să limiteze infecția, deși, în același timp, peretele abdominal poate fi moale, nerigid, permițând o manipulare palpatorie liberă.* Acest fapt trebuie cunoscut de orice chirurg cu experiență, dar, în general, în mod sigur nu i se acordă prea multă apreciere. După cum se știe, rigiditatea ar fi unul din cele mai precoce semne ale inflamației acute a apendicelui, în timp ce, în realitate, într-o foarte mare proporție de cazuri, ea este aproape complet absentă în stadiile precoce și, uneori, este absentă chiar și în faza complicată de peritonită pelvină.

Când inflamația apendicelui a determinat apariția unui edem al porțiunilor adiacente ale pereților abdominali (fie posterior, lateral sau anterior), rigiditatea musculară este regula.

Contractura rigidă a psoasului trebuie întotdeauna să fie testată prin extensia coapsei drepte atunci când pacientul stă întins pe partea stângă. Rigiditatea mușchiului pătrat al lombelor va fi prezentă atunci când apendicele ascendent este inflamat. Nu există certitudine, dar acest lucru se poate presupune în cazul în care s-ar simți o rezistență profundă la presiunea palpatorie a degetelor înspre înainte și pe dedesubtul marginii ultimei coaste drepte din spate.

Febra. Febra poate să nu fie prezentă la începutul crizei de apendicită, dar, adesea, apare înainte de a fi trecut 24 de ore. Până să se producă ruptura apendicelui, temperatura nu se modifică, de obicei, prea mult față de normal, ridicându-se în medie cu 2°—3° F (1,1°—2,2°C). Faptul că temperatura nu este ridicată în timpul crizei dureroase poate preta la erori. În orice caz clinic dubios, temperatura trebuie măsurată la fiecare 2 sau 4 ore și, dacă ea crește progresiv, va constitui un element important în favoarea diagnosticului de apendicită. Dacă se întâmplă să apară o temperatură foarte ridicată, de 103°—104°F (39,4°—40°C), însoțită de frison, chiar de la începutul unei crize dureroase abdominale, diagnosticul de apendicită acută se poate exclude. Totuși, astfel de temperaturi foarte crescute pot fi prezente numai atunci când apendicita debutează cu perforație, ceea ce se întâmplă extrem de rar înainte de trecerea a 24 sau 36 de ore de la debutul simptomelor.

Constipația. Deși pacientul se plânge în mod frecvent de constipație, mai ales în timpul stadiului precoce al durerii apendiculare, în numeroase cazuri, în particular la copii, se notează diareea.

Pulsul. În stadiul inițial al crizei de apendicită pulsul este normal sau numai ușor crescut; el poate fi normal chiar dacă temperatura este crescută. *Orice accelerare a pulsului, continuă sau evidentă, corespunde*

Scanned with OKEN Scanner

fie apariției unei peritonite locale, fie unui apendice destins cu material infectat.

Distensia locală. Când un apendice este acut inflamat, este prezentă, uneori, și *distensia gazoasă a cecului;* această *distensie locală* este probabil rezultatul unui ileus adinamic reflex. Acest fenomen este mult mai probabil să apară atunci când apendicele inflamat are o poziție retrocecală sau este încastrat în peretele cecului. Distensia cecală va da naștere unei tumefacții locale, determinând la percuție o notă timpanică. Distensia locală difuză și severă se întâlnește numai în cazurile tardive ale perforației.

Simptomele testiculare. La bărbați, un apendice inflamat, chiar dacă nu a ajuns să fie perforat, ar putea produce simptome testiculare sub formă de dureri, fie unilaterale, fie bilaterale. Uneori, pacientul relatează că în cursul bolii i s-a retractat testiculul drept, devenind dureros. Este probabil ca durerea testiculară să fie legată de apendicele inflamat, deoarece se pare că ambele viscere, apendicele și testiculul, au o inervație comună: al X-lea segment dorsal din măduva spinării. Stimularea directă a nervului genitocrural de către exsudatul inflamator, provenind din apendicele afectat, ar putea să explice retracția testiculară.

ORDINEA DE APARIȚIE A SIMPTOMELOR

Ordinea de apariție a simptomelor este de extremă importanță pentru diagnostic. Desfășurarea evenimentelor este următoarea:

1. Durere, de obicei epigastrică sau ombilicală.
2. Anorexie, greață sau vărsături.
3. Sensibilitate dureroasă la palpare, undeva în abdomen sau în pelvis.
4. Febră.
5. Leucocitoză.

Simptomele apar aproape întotdeauna în ordinea de mai sus. Când această ordine nu este respectată, diagnosticul de apendicită poate fi pus sub semnul întrebării. Mai mult, leucocitoza este în mod corect pusă la urmă, în secvența de mai sus, deoarece, probabil, exprimă un proces de peritonită locală care a început. *Mai nou, apendicita acută ar trebui să fie diagnosticată, de regulă, înainte de apariția leucocitozei.* Dacă febra precedă apariția durerii sau dacă vărsăturilie însoțesc sau precedă primul acces de durere, înseamnă, în general, că nu este vorba de apendicită.

Un fapt care merită să nu fie uitat este acela că o criză acută de apendicită debutează, adesea, în mijlocul nopții, sculând bolnavul din somn.

Ar mai fi încă două sau trei aspecte ce trebuie menționate privind apendicele cu *localizare retrocecală.* Durerea este uneori mai redusă și adesea simțită de la început numai local. Vărsăturile nu sunt atât de frec-

vente și, în general, rigiditatea musculară deasupra focarului lezional este, de asemenea, mai moderată decât ar fi fost de așteptat în cazul unei leziuni atât de avansate.

Diagnosticul apendicitei într-un stadiu ce precedă perforația depinde, deci, de anumite elemente, unele riguros constante, altele inconstante. Durerea în epigastru, greața și vărsăturile, durerea iliacă dreaptă și febra ușoară, păstrând secvența apariției simptomelor, sunt elemente de diagnostic aproape constante, iar sensibilitatea dureroasă locală (apreciată fie prin presiunea palpatorie profundă în regiunea iliacă dreaptă, în flancul drept sau prin tușeu rectal) este invariabilă, cu excepția primei ore sau a primelor două ore ale crizei. Rigiditatea locală este frecventă, dar nu constantă. Celelalte simptome menționate mai sus sunt inconstante, în timp ce pulsul, de obicei, este normal.

Deși unii au sugerat că o clismă baritată ar putea fi utilizată pentru a diagnostica apendicita acută prin insuficienta umplere a apendicelui cu substanță de contrast, cei mai mulți clinicieni nu sunt dispuși să aplice metoda, care ar necesita cantități mari de bariu pentru a umple apendicele prin presiune. În plus, problema se complică prin faptul că lumenul unui apendice chiar neinflamat poate fi obliterat, iar evacuarea în această situație — împiedicată. În concordanță cu tabloul clinic, o simplă radiografie ar putea — ocazioanal — să evidențieze un apendicolit (calcul în lumen). De asemenea, un examen ultrasonografic ar putea demonstra o îngroșare netă a pereților apendicelui, ceea ce, uneori, dar nu invariabil, ar ajuta diagnosticul.

În rare cazuri, datorate unor anomalii de dezvoltare, cecul și apendicele se găsesc în fosa iliacă stângă în loc de fosa iliacă dreaptă, astfel încât semnele și simptomele locale se vor afla în stânga. În aceste condiții, inima ar putea fi situată în partea dreaptă, aspect foarte ușor de evidențiat, or existența acestei dextrocardii necesită o examinare și o interpretare foarte atentă a durerii abdominale.

Diagnosticul apendicitei după apariția perforației

Un număr de cazuri de apendicită acută ajunge la chirurg după ce apendicele a perforat la locul unei porțiuni gangrenate. Una din explicații pentru această întârziere este aceea că medicul practician nu reușește să înțeleagă faptul că simptomele apendicitei, așa cum sunt deseori descrise, sunt cele ale unei apendicite aflate deja în stadiul tardiv de perforație. Abcesul local înseamnă perforația apendicelui. Se poate face astfel o estimare a proporției relative de cazuri perforate și neperforate. Mai există, încă, prea multe cazuri care nu ajung la chirurg decât după ce s-a dezvoltat un abces sau o peritonită. În unele situații, se poate accepta faptul că primele simptome pe care le acuză pacientul să fie

Scanned with OKEN Scanner

acelea provocate de o perforație a apendicelui; totuși, aceste cazuri sunt rare.

Simptomele și evoluția apendicitei acute cu apendicele perforat sunt cele deja descrise, adăugându-se însă *simptomele datorate unei peritonite locale sau difuze*. Perforația apendicelui, însoțită fie de prezența unei formațiuni abdominale, fie de o peritonită generalizată, nu apare, de obicei, decât după cel puțin 48 de ore de la debutul simptomelor. În momentul când apare perforația, de obicei se accentuează durerea și se reînnoiesc, amplificat, vărsăturile, dar simptomele exacte variază în funcție de poziția apendicelui, precum și de natura reacției protectoare a peritoneului.

De jur împrejurul perforației se poate forma un abces localizat. Uneori, o porțiune de epiploon poate să adere și să astupe perforația. Alteori, mai rar, infecția se poate răspândi în mod rapid și larg în cavitatea peritoneală, fără să se formeze deloc aderențe, sau foarte puține. Apariția unei formațiuni pseudotumorale, bine definită, în zona apendiculară, este aproape invariabil un indicator pentru perforație. În absența perforației, prezența formațiunii poate fi, mai rar, cauzată de un cec îngroșat sau edematos, ori chiar de un cancer.

Există două mari grupe de stări patologice care ar rezulta ca o consecință a perforației, în funcție de poziția apendicelui inflamat:

1. Când apendicele se află deasupra marginii pelvisului adevărat — apendicele iliac.
2. Când apendicele, în totalitate sau parțial, are o poziție inferioară în pelvisul adevărat — apendicele pelvin.

APENDICELE ILIAC

Perforația unui apendice inflamat cu localizare în fosa iliacă va determina apariția unei rigidități a peretelui muscular abdominal în zona corespunzătoare apendicelui. Dacă examinarea se face cu oarecare întârziere, se poate simți la palpare o formațiune tumorală, dar rigiditatea va fi diminuată. Efectuat încă și mai târziu, examenul clinic poate decela numai o simplă formațiune, cu sensibilitate dureroasă.

În plus se vor adăuga febra (de regulă mai mare decât înainte de perforație), precum și anumite semne locale ce variază în funcție de diversele poziții anatomice ale apendicelui (fig. 17).

1. Când apendicele care perforează este situat retrocecal, se palpează o formațiune cu rezonanță la percuție, prin interpunerea cecului. O astfel de formațiune se percepe rareori mai devreme de 72 de ore după debutul simptomelor și, uneori, numai după ce pacientul este anesteziat, deoarece rigiditatea abdominală poate camufla decelarea formațiunii. Infecția ar putea, de asemenea, să producă un edem inflamator al mușchilor iliac și pătrat al lombelor, precum și al părților învecinate, dar sensibilitatea dureroasă va deveni evidentă la presiunea palpatorie a de-

Scanned with OKEN Scanner

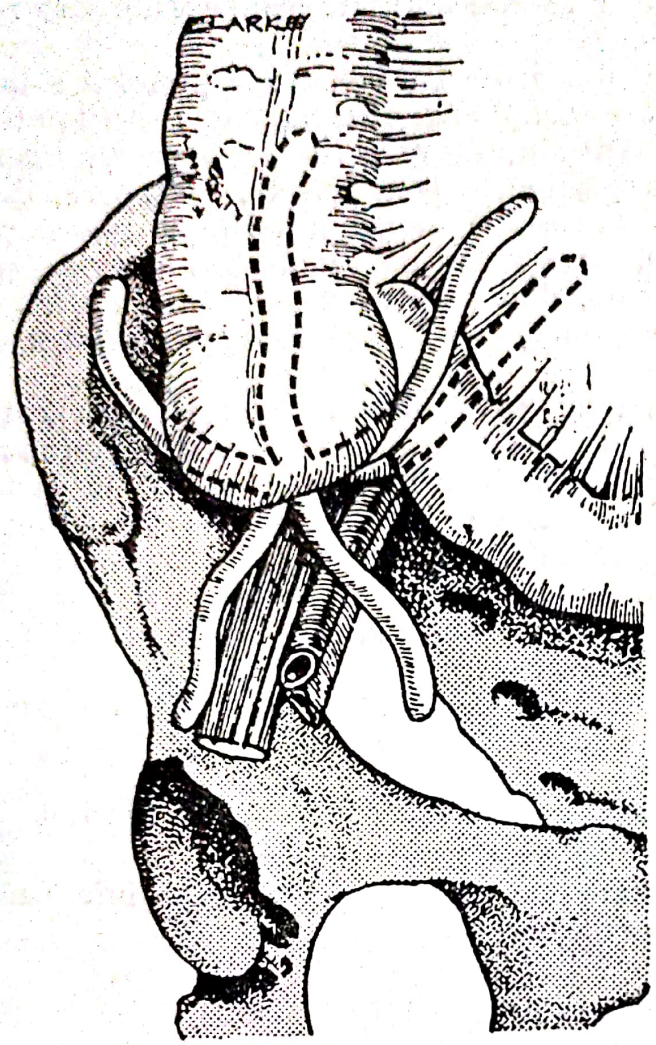


Fig. 17. Diversele poziții posibile ale apendicelui vermiform.

getelor înspre înainte și pe dedesubtul marginii costale, în dreapta, la nivelul marginii externe a mușchiului ridicător spinal. Un apendice retrocecal perforat poate să nu fie întotdeauna descoperit, și aceasta în mod particular la unii pacienți vârstnici, dar solizi, la care starea clinică poate fi precizată de chirurg numai după palparea unei formațiuni locale bine definite.

2. Este posibil ca apendicele să fie situat într-o poziție paralelă cu cecul și cu colonul ascendent, dar laterală acestora. În acest caz, simptomele vor fi similare celor descrise mai sus, exceptând doar faptul că rigiditatea pereților abdominali, anterior și lateral, este mai evidentă și că orice formațiune tumorală este mult mai ușor de simțit, nemaifiind mascată de cec.

3. Stările clinice care rezultă din perforația unui apendice situat în fosa iliacă deasupra mușchilor iliac și psoas sunt în mod evident caracteristice. Imediat după perforație, se va instala o rigiditate puternică a peretelui abdominal în regiunea iliacă dreaptă, precum și o mare sensibilitate dureroasă indusă de presiunea palpatorie a aceleiași regiuni.

Scanned with OKEN Scanner

(Foarte rar, mai ales la pacienții suferind și de o toxemie severă, rigiditatea, care a fost prezentă la începutul crizei de apendicită acută, tinde să dispară din momentul perforației apendicelui.) După un anumit timp, dacă există și o rezistență a organismului față de infecții, reacția peritoneală devine din ce în ce mai limitată, dar rigiditatea, de obicei, diminuează oarecum, permițând degetelor palpatorii să simtă o formațiune tumorală dureroasă, datorată fie unui mic abces local, fie unei porțiuni de epiploon care acoperă zona inflamată și perforată a apendicelui. Evident, dacă infecția nu ajunge să fie acoperită, apare mai degrabă peritonita generalizată decât o formațiune tumorală.

Există două simptome speciale care pot ajuta localizarea exactă în această regiune. Iritația și rigiditatea reflexă a mușchiului iliopsoas determină pacientul să țină coapsa dreaptă flectată, pentru a diminua durerea din zona apendicelui, sau, dacă iritația este mai ușoară, durerea respectivă poate fi simțită numai prin extensia completă a coapsei drepte, în timp ce pacientul este culcat în pat pe partea stângă. Acest semn este uneori de mare valoare diagnostică.

În câteva cazuri, iritația nervului femural cutanat lateral (care încrucișează mușchiul iliac) este evidențiată prin durere și hiperestezie de-a lungul distribuției nervului respectiv (adică pe coapsa laterală).

4. Dacă apendicele este așezat astfel încât vârful lui este îndreptat spre mijlocul abdomenului, rezultatul perforației acestui apendice inflamat variază după cum el este situat în spatele sau în fața ileonului. Atunci când este situat *înapoia ileonului* se va ajunge, de obicei, la localizarea procesului inflamator, dar tumefacția respectivă nu poate fi ușor simțită, deoarece ileonul o acoperă și o maschează. În schimb, sensibilitatea dureroasă și rigiditatea pot fi prezente, o formațiune nedefinită poate fi simțită la palpare, iar testul de iritație a psoasului poate fi pozitiv, ajutând la precizarea diagnosticului.

Întrucât ureterul încrucișează marginea pelvisului în strânsă corelație cu apendicele orientat medial, este posibil, uneori, ca iritația ureterului să provoace dureri la micțiune.

Este bine de atras atenția asupra lipsei semnelor fizice și asupra puținelor simptome care pot însoți o criză de apendicită gangrenoasă acută atunci când apendicele este fixat înapoia porțiunii terminale a ileonului. În stadiile inițiale ale crizei, ileonul este iritat, iar tranzitul conținutului intestinal devine rapid, astfel încât vor apărea mici și numeroase scaune diareice. În stadiile ulterioare, după ce s-a produs perforația, simptomele de ocluzie a ileonului terminal, apărute între timp, ar putea induce în eroare pe medicul observator în privința cauzei acestor tulburări.

De notat că acesta este un alt exemplu de extremă dificultate, și implicit de pericol, în stabilirea unui diagnostic corect atunci când apendicele inflamat vine în contact sau intră în legătură cu o suprafață nemanifestă, mai puțin sensibilă a peritoneului.

Dacă apendicele care perforează se găsește în fața ileonului, există marele pericol al apariției unei foarte extinse peritonite. Dacă însă infecția se localizează, diagnosticul este destul de ușor, deoarece forma-

Scanned with OKEN Scanner

rea puroiului, limitată de peretele abdominal, va duce la o rigiditate locală „lemnoasă" și la o violentă durere deasupra ariei afectate. Iritația psoasului va fi, în acest caz, absentă.

APENDICELE PELVIN

Simptomele inițiale ale unei crize de apendicită acută când apendicele este situat în pelvis sunt similare cu cele ce apar atunci când apendicele este situat deasupra marginii pelvine, cu excepția faptului că rigiditatea peretelui abdominal în regiunea iliacă dreaptă este rar prezentă în stadiile inițiale și că durerea este mult mai frecvent simțită în ambele fose iliace, nu numai în dreapta. Durerea nu se localizează atât de prompt în fosa iliacă dreaptă, dar este adesea evidențiată prin presiune profundă la marginea pelvisului adevărat; durerea epigastrică continuă să domine scena pentru o perioadă lungă de timp.

Un apendice pelvin perforat este una din situațiile clinice peste care se poate trece cel mai ușor cu vederea și, din această cauză, este una dintre cele mai periculoase stări patologice care pot apărea în abdomen. Secvența evenimentelor ar fi următoarea. În perioada inițială, când apendicele nu este încă rupt, dar este tensionat, durerea, datorită distensiei și contracțiilor peristaltice, este bine definită și severă, ea manifestându-se îndeosebi în epigastru și în zona ombilicală. Când survine ruptura, durerea epigastrică diminuează, dar apare o peritonită pelvină locală, în partea dreaptă a pelvisului sau în partea de jos a pungii peritoneului pelvin. *Acest stadiu, de obicei, nu se însoțește de contractura rigidă a mușchilor abdominali inferiori* și, întrucât durerea datorată distensiei apendiculare a încetat iar durerea datorată peritonitei pelvine, în acest stadiu, este cel mai des nesemnificativă, pacientul se simte net mai bine, iar examinarea abdomenului va da puține relații asupra suferinței pelvine. Mai devreme sau mai târziu, de obicei în 3 sau 4 zile, urmează un nou sadiu: fie peritonita se localizează definitiv, dând naștere unui abces pelvin de dimensiuni considerabile, fie inflamația se poate extinde în sus, cuprinzând cavitatea abdominală generală, dând astfel naștere unei peritonite generalizate; fapt este că situația devine gravă, durerea crește în intensitate, de asemenea se intensifică distensia și rigiditatea peretelui abdominal. Dacă, din cauza pacientului care s-a prezentat prea târziu la medic pentru consult sau din cauza medicului care nu a acordat suficientă atenție simptomelor preliminare, a fost scăpată ocazia de a pune un diagnostic de apendicită pelvină acută înainte de perforație, devine esențială și obligatorie diagnosticarea precoce a unui apendice rupt, cât mai curând posibil după ruptură, înainte ca peritonita să aibă timp să se extindă prea departe în sus, în cavitatea abdominală. În vederea acestui scop, este necesar să se dea importanța cuvenită poziției anatomice a apendicelui pelvin, care ar fi în raport cu una sau mai multe din următoarele posibilități: *peretele pelvin, rectul* sau *vezica urinară.* Iritația vezicii urinare sau a rectului de către un apendice pelvin inflamat ar putea fi suspicionată prin caracterul dureros și mai frecvent al mic-

Scanned with OKEN Scanner

țiunilor sau, respectiv, prin prezența diareei și a tenesmelor. Dar mai important este faptul că, de obicei, se poate simți o tumefacție dureroasă, prin tușeu rectal, explorând cu degetele peretele pelvin în partea dreaptă. Mai mult, dacă apendicele odată rupt aderă de fascia care acoperă mușchiul obturator intern, iar fibrele musculare subiacente sunt afectate prin edemul inflamator, atunci rotația coapsei deja flectate, astfel încât să supună mușchiul la mișcări extreme (în special rotația internă), va provoca o durere semnificativă în hipogastru. Când se execută o astfel de manevră, este esențial să fie bine flectată coapsa, pentru ca mușchiul psoas să fie relaxat.

Dacă se ține cont de elementele expuse mai sus, precum și de o anamneză corectă, ar fi greu de scăpat ocazia diagnosticării, la timp, a unui apendice pelvin inflamat. Foarte probabil, apendicele sus-situat în cadranul posterior drept al pelvisului ar da naștere celor mai multe îndoieli privind diagnosticul, deoarece în această situație nu există semne de localizare și este dificil de a simți acest apendice prin tușeu rectal.

Simptomele tardive care rezultă din ruptura unui apendice pelvin inflamat sunt fie cele ale unui mare abces pelvin, fie ale unei peritonite pelvine sau hipogastrice avansate, însoțite de fenomene progresiv crescânde de toxemie. Sensibilitatea dureroasă la palpare, rigiditatea întregului perete abdominal inferior, distensia, vărsăturile și durerea spontană intensă, toate pot oferi o imagine clară de peritonită.

Este important de notat că inflamația peritoneală din pelvis se răspândește în sus, de cele mai multe ori, la început, în partea stângă a abdomenului. Explicația probabilă ar fi că migrarea în sus a puroiului abundent din pelvis se face pe calea anatomică având cea mai mică rezistență, care este partea stângă a abdomenului, și anume pe lângă colonul sigmoid și cel descendent.

Odată ce abcesul pelvin s-a format, vor apărea, de regulă, toate simptomele specifice de supurație, și anume: febra, anorexia și leucocitoza, iar local se vor nota sensibilitate dureroasă la palpare și o ușoară distensie în hipogastru. Rigiditatea peretelui abdominal inferior este în mod frecvent absentă, chiar dacă există un abces pelvin. Mai rar, temperatura poate fi normală, chiar în prezența unui abces. O explorare ultrasonografică ar putea, *ocazional*, să fie utilă în localizarea unui abces pelvin, ceea ce se poate însă obține, mai precis, prin CT.

De obicei, prin tușeu rectal se poate detecta un abces pelvin dureros la palpare, sub forma unei tumefacții, sensibilă la presiune.

La femei, prezența și interpunerea uterului face ca simptomele legate de vezica urinară să fie estompate sau mai puțin evidente în cazurile de supuratie apendiculară. Fluxul menstrual normal poate fi modificat, devenind mai abundent, prin congestia pelvisului, iar perioada menstruală să fie, de asemenea, modificată, mai precipitată, tot prin această congestie.

Există o situație clinică rară de ocluzie intestinală, care poate fi produsă de o supurație apendiculară pelvină într-un stadiu tardiv. Obstrucția la nivel pelvin poate să apară în colonul sigmoid, în intestinul subțire sau în ambele organe. Cazurile de ocluzie pelvină se întâlnesc

Scanned with OKEN Scanner

îndeosebi la vârstnici sau la pacienți debilitați, unde stadiile precoce ale bolii nu au fost detectate. Dar, dacă apendicele pelvin inflamat ar fi fost diagnosticat în stadiul inițial, nu ar mai surveni astfel de evoluții tardive și periculoase. Este de reținut că diagnosticul și operația la timp pot preveni astfel de complicații.

APENDICITA ACUTĂ RECURENTĂ

Deși se admite că apendicita cronică nu poate provoca dureri abdominale prelungite, care să dureze săptămâni sau luni, este clar că acești pacienți pot fi confruntați, ocazional, cu crize recurente de apendicită acută, din care își pot apoi reveni. Aceste crize individuale de apendicită acută recurentă nu diferă de crizele clasice de apendicită acută. Din cauza naturii recurente a crizelor, acești pacienți sunt adesea examinați prin clismă baritată care, uneori, ar putea evidenția compresiunea extrinsecă tipică a unui cec cu localizare medială întreținută de un mic abces local. Se consideră deseori că în astfel de cazuri ar fi vorba de enterită regională. Apendicectomia vindecă însă definitiv afecțiunea.

Scanned with OKEN Scanner

7. Diagnosticul diferențial al apendicitei

În general, diagnosticul diferențial al apendicitei nu este deosebit de greu. Un număr considerabil de pacienți internați în spital ca urgențe abdominale acute prezintă de fapt inflamații apendiculare. Această stare clinică este atât de frecventă, încât, după părerea unora, nici nu ar mai fi nevoie de a face efortul discutării unui diagnostic diferențial, ceea ce, evident, este o greșeală serioasă.

Cazul tipic ce debutează cu durere epigastrică, urmată de vărsături, succedate apoi de localizarea durerii în fosa iliacă dreaptă, unde întotdeauna sensibilitatea la palpare și uneori rigiditatea musculară a dreptului abdominal pot fi distinse, este suficient de caracteristic, chiar în absența febrei moderate, pentru a stabili cu mare probabilitate diagnosticul. Există totuși anumite dificultăți de diagnostic, ce trebuie să fie discutate. Este de reținut faptul că *apendicita acută poate să mimeze, virtual, orice proces patologic intraabdominal,* ceea ce înseamnă că a cunoaște bine apendicita acută echivalează cu a cunoaște bine diagnosticul durerii abdominale acute.

STĂRI CLINICE SISTEMICE SAU INFECȚIOASE CARE SIMULEAZĂ APENDICITA

Gripa. De la început este important să te asiguri că este vorba de o afecțiune abdominală primară. Durerea abdominală poate apărea în evoluția unei gripe autentice și există pericolul, destul de grav, ca, într-o perioadă de acalmie a gripei, simptomele reale de apendicită acută să nu fie luate în considerare, fiind eronat atribuite „gripei abdominale". Foarte rar însă în cursul gripei este afectat numai abdomenul. Durerea spontană și sensibilitatea la palpare în fosa iliacă dreaptă sunt uneori prezente în gripă, deși mai curând durerea abdominală este difuză, generală. De asemenea, durerile de spate și la nivelul globilor oculari sunt mai frecvente în gripă, dar vărsăturile pot preceda durerea abdominală — secvență foarte rar întâlnită în apendicită.

Pleurezia diafragmatică. Înainte de a pune diagnosticul de apendicită ar trebui, de regulă, să fie exclusă pleurezia diafragmatică, ca rezultat al unei eventuale pneumonii bazale sau al unui infarct pulmonar. În cazul unei afecțiuni toracice, se pot nota durere spontană sau la palpare

Scanned with OKEN Scanner

în regiunea iliacă dreaptă, precum și rigiditate musculară locală, simulând apendicita; uneori însă, presiunea palpatorie profundă, continuă și fermă la acest nivel, nu amplifică durerea, ca în apendicită. Pe de altă parte, în cazurile de apendicită, presiunea degetelor palpatorii în fosa iliacă stângă, presiune exercitată în profunzime și îndreptată spre partea dreaptă a abdomenului, va declanșa, uneori, apariția unei dureri chiar în zona apendiculară din fosa iliacă dreaptă. Acest semn este absent în cazurile de pleurezie sau pneumonie. În bolile toracice, numărul de respirații pe minut este crescut și încă mai important este faptul că peretele abdominal se mișcă liber, sincronizat cu mișcările respiratorii. Bineînțeles, un examen clinic atent al toracelui, alături de o radiografie a toracelui, dacă este nevoie, constituie *metoda* de discriminare a diagnosticului.

Afecțiunile coloanei vertebrale. Foarte rar, astfel de boli ar putea provoca dureri în regiunea apendiculară. O examinare atentă a coloanei vertebrale poate fi ușor și rapid efectuată, evidențiind, la fel de rapid, o eventuală leziune.

Febra tifoidă. Febra tifoidă, încă prezentă în anumite zone ale lumii, este o boală generală care, în mod ocazional, se pretează a fi confundată cu apendicita, deoarece se poate manifesta cu dureri abdominale, spontane și la palpare, localizate în fosa iliacă dreaptă. Totuși, în cele mai multe cazuri, există simptome generale care permit precizarea diagnosticului. Durerile de cap, starea generală alterată, mărirea splinei și prezența unei erupții cutanate caracteristice (pete lenticulare) ar putea sugera febra tifoidă, iar absența leucocitozei ar exclude apendicita. Erori de diagnostic se pot face mai ales în cazul copiilor, unde simptomele generale ale febrei tifoide sunt adesea ușoare și, ocazional, la adulții suferind o formă frustă, ambulatorie, a afecțiunii.

Dacă, în momentul când pacientul se prezintă la medic, simptome în genul celor descrise mai sus durau deja de o săptămână, efectuarea reacției de aglutinare pentru *Salmonella typhi* sau *Salmonella paratyphi A sau B* poate fi pozitivă, confirmând diagnosticul. De asemenea, în prima săptămână de boală, hemocultura unui pacient cu febră tifoidă poate fi pozitivă, deci indicativă. Trebuie semnalizat faptul că, înaintea începerii tratamentului, în oricare caz îndoielnic de febră tifoidă se impune o examinare prin tușeu rectal. Un abces pelvin însoțit de manifestări clinice, precum: o febră neregulată, variabilă, un abdomen cu rezonanță timpanică, dureri vagi la nivelul hipogastrului, poate simula o febră tifoidă, pretând la confuzii. În astfel de situații, tușeul rectal poate fi de mare ajutor în diagnosticul diferențial, cu excepția cazului în care abcesul pelvin ar proveni din perforația unui ulcer de natură tifică.

Sunt semnalate, destul de frecvent, și alte tipuri de infestări cu enterobacterii de tipul *Salmonella* sau *Shigella*, prin consumul unor alimente contaminate, și care se manifestă prin greață, vărsături, dureri

Scanned with OKEN Scanner

abdominale și diaree severă, însoțite adesea în mod caracteristic de la început de febră mare (102°—103° F) (38,9°—39,4°), putând fi astfel ușor de identificat în cadrul diagnosticului diferențial.

Porfiria acută. La anumite persoane predispuse și în anumite condiții speciale, din degradarea hemoglobinei eritrocitare se acumulează cantități anormale de porfobilinogen și anumite porfirine în forme finale ce se elimină prin urină. Un semn foarte important este acela că urina, cu timpul, își schimbă culoarea, în brun-închis sau brun-roșcat. Concomitent cu aceste modificări biochimice anormale pot apărea unele simptome abdominale sau neurologice alarmante, în mod particular colici intestinale acute și severe, care ar putea duce la stabilirea unui diagnostic eronat de apendicită acută. Astfel de crize abdominale acute sunt provocate numai de formele hepatice de porfirie acută intermitentă, sau de porfirie *cutanea tarda* ereditară și de coproporfiria ereditară.

Porfiria acută apare mai cu seamă la acele persoane care au moștenit o predispoziție pentru această afecțiune, iar simptomele, cel mai des, survin în a treia sau a patra decadă a vieții. Porfiria acută a devenit mai frecventă în ultimi 20 de ani, în care timp a crescut considerabil consumul anumitor medicamente, în particular barbiturice și sulfonamide, care, se pare, au tendința de a precipita crizele acestei boli. Adesea, criza dureroasă urmează imediat după ingestia medicamentului considerat patogen sau după administrarea unui anestezic. De asemenea, ingestia de alcool poate declanșa o criză de porfirie acută. Această afecțiune este mai frecventă la femei și în mod special în Africa de Sud.

Simptomele abdominale constau într-o durere acută și severă, cu caracter colicativ, vărsături și constipație. Durerea are o localizare centrală, dar zona de iradiere este foarte largă. De multe ori, a fost greșit considerată drept colică biliară. De regulă, nu există distensie abdominală, nici sensibilitate dureroasă la palpare și nici rigiditate musculară, dar intensitatea durerii, resimțită periombilical, în spate sau, uneori, în membre, poate fi alarmantă, dramatică. În cazurile severe, ar putea apărea slăbiciune musculară precum și unele simptome psihice, cum ar fi halucinații, sugerând chiar o criză de isterie. Se mai pot nota: febră ușoară, icter și leucocitoză.

Chiar înainte ca urina să se închidă la culoare, prezența porfobilinogenului în urină poate fi detectată prin simple metode chimice. În timpul crizei acute, acumularea acestuia în urină este specifică pentru porfiria intermitentă acută și pentru porfiria *cutanea tarda,* forma ereditară. La pacienții cu coproporfirie ereditară se notează creșterea excreției de coproporfirină III, în scaun și urină, și care poate fi măsurată prin teste de laborator adecvate.

Porfiria acută poate simula o apendicită acută sau chiar o ocluzie intestinală, dar durerea nu se localizează în fosa iliacă dreaptă și, de regulă, nu există distensie abdominală. Se impune efectuarea unei anamneze minuțioase pentru a preciza dacă pacientul sau alți membri ai familiei au mai suferit în trecut crize similare:

Scanned with OKEN Scanner

TULBURĂRI ABDOMINALE MINORE

În stadiile inițiale ale apendicitei, înaintea apariției congestiei sau inflamației peritoneale și când rigiditatea musculară este de obicei absentă, apendicita este adesea greșit diagnosticată ca o „gastroenterită" sau ca o „gastrită".

Fără nici o urmă de cinism, se poate afirma că diagnosticul de gastrită sau de gastroenterită este pus de obicei într-o cameră de gardă, de către un tânăr medic care „nu este impresionat" de durerea abdominală a unui pacient sau de semnele descoperite prin examen fizic. Această situație reflectă întocmai ideea greșită că un „abdomen acut" (care necesită intervenție chirurgicală) este o stare clinică atât de catastrofală, încât pacientul trebuie să acuze neapărat o durere cumplită și să prezinte un abdomen cu o rigiditate „de lemn". Din experiența mea, diagnosticul de gastroenterită stabilit în camera de gardă a fost adesea atât de incorect, încât aș ridica un serios semn de întrebare ori de câte ori medicul respectiv ajunge la această concluzie. În general, un astfel de diagnostic se stabilește în cazul unui pacient care prezintă durere abdominală, greață, vărsături, sau orice altă combinație a acestor simptome care nu pot fi atribuite, de către practician, unei anumite stări clinice mai bine definite. Timp de mulți ani, lecția mea la catedră a fost că medicul din camera de gardă ar trebui să se simtă penibil atunci când pune diagnosticul de gastrită sau de gastroenterită.

Gastrita acută, care poate fi cauzată de unele bacterii, cum ar fi *Helicobacter*, de virusuri, aport excesiv de alcool sau de diferite alte droguri, se manifestă, de obicei, prin greață și vărsături accentuate. În timp ce adesea se manifestă o plictisitoare și chinuitoare jenă epigastrică, aceasta nu este și nici nu devine localizată, iar, la o examinare mai atentă a abdomenului, nu se pot decela alte anormalități.

Diferite infecții, virale sau bacteriene *(Campylobacter, Shigella, Salmonella)*, localizate în porțiunile mai distale ale tractului gastrointestinal, sunt cel mai frecvent asociate cu o diaree destul de intensă. Sensibilitatea dureroasă și rigiditatea sunt de obicei minime sau absente. Dacă un frotiu recoltat din scaun evidențiază numeroase straturi de leucocite, concluzia de enterită se impune, fiind susținută pe baze mai solide decât diagnosticul de gastroenterită, care trebuie evitat.

La fel ca și la adulți, diagnosticul de gastroenterită la copii trebuie evitat, cu inima împăcată. Dacă un copil, în plină sănătate aparentă, acuză brusc o durere abdominală, pierderea apetitului, greață și vărsături și, în același timp, prezintă o sensibilitate dureroasă la palparea profundă în fosa iliacă dreaptă, chiar dacă pulsul este normal și temperatura nu este ridicată, se poate afirma că, foarte probabil, suferă de apendicită acută.

Hepatita infecțioasă. Este bine de reamintit că unii pacienți care suferă de hepatită virală acuză în stadiul inițial al bolii dureri abdominale, anorexie și greață, ceea ce ar duce foarte ușor la suspicionarea unei apendicite. Totuși, de regulă, durerea în hepatită nu se localizează în fosa

Scanned with OKEN Scanner

iliacă dreaptă. O anchetă epidemiologică ar trebui să cerceteze existența și a altor cazuri de hepatită sau a unor posibilități de contaminare. Evident, apariția icterului poate rezolva problema diagnostică.

Diabetul zaharat. În criza acută de cetoză diabetică este posibil să apară o durere abdominală destul de severă și uneori rigiditatea peretelui abdominal, simulând o leziune inflamatorie locală, cum ar fi apendicita. Prezența glucozei și a corpilor cetonici în urină ar pune imediat „în gardă" pe practicianul observator, care ar trebui, cât mai repede, să aplice tratamentul cetoacidozei. Dacă sub acest tratament simptomele abdominale nu se amendează rapid, se impune o examinare mai atentă, în continuare, a pacientului diabetic, pentru a decela adevărata cauză a sindromului abdominal, deoarece un diabetic *poate* oricând să dezvolte și alte leziuni intraabdominale. Pe de altă parte, acestea din urmă ar putea, în adevăr, să precipite apariția cetoacidozei.

STĂRI CLINICE ABDOMINALE SAU RETROPERITONEALE MAI FRECVENTE CARE AR PUTEA SIMULA APENDICITA

Când semnele și simptomele locale de apendicită sunt bine definite (durere spontană și la palpare, hiperestezie, rigiditate), există multe stări clinice care trebuie să fie excluse, pentru a lămuri diagnosticul fără greșeală. Atunci când semnele locale sunt foarte clare, apendicele este, de obicei, fie deja perforat sau în pericol de perforație. A încerca o catalogare a tuturor afecțiunilor care *ar putea* simula o apendicită sau ar fi simulate de apendicită înseamnă enumerarea tuturor principalelor boli abdominale acute, ceea ce, evident, nu ar avea decât o mică valoare practică. Ar fi mult mai bine, deci, dacă vom aminti numai stările clinice mai frecvente capabile de a induce erori de diagnostic și pe care le vom grupa în funcție de poziția anatomică a apendicelui.

Stări clinice care pot simula apendicita

Poziția ascendentă a apendicelui (retrocecal sau paracecal):

Colecistita
Ulcerul duodenal inflamat
Colecistul perforat
Abcesul perinefretic
Hidronefroza
Pionefroza
Pielita
Calculul renal
Torsiunea epiploonului

Poziția iliacă a apendicelui:

Ulcerul duodenal perforat
Boala Crohn
Carcinomul cecal sau ileocecal
Inflamația diverticulului Meckel
Abcesul mușchiului psoas
Boala TBC a șoldului

Scanned with OKEN Scanner

Tuberculoza ganglionilor ileocecali	Ruptura mușchiului drept abdominal
Calculul ureteral	Ulcerul simplu al cecului
Infecțiile cu *Yersinia*	
Poziția pelvină a apendicelui:	
Ocluzia intestinală	Perforația ulcelului tific
Diverticulita cu abces	Gastroenterita
La femei:	
Sarcina ectopică	Salpingita
Pedicului torsionat	Ruptura chistului folicular
al unui chist ovarian sau	*(Mittelschmerz)*
al unui hidrosalpinx	
Ruptura unui piosalpinx	Ruptura chistului de corp galben

Inainte de a diagnostica apendicita în climatul tropical trebuie, de asemenea, să se excludă;

Tifita amebiană	Perforația unui abces hepatic
Hepatita	Malaria

Atunci când manifestările locale sunt deja larg răspândite iar pacientul se prezintă pentru prima oară la medic cu peritonită generalizată, se impune a diferenția această stare clinică de alte diferite cauze ce pot evolua cu un tablou clinic similar.

Deci, cazurile tardive cu peritonită extinsă trebuie diferențiate de următoarele afecțiuni:

1. Ocluzia intestinală (capitolul 13).
2. Tromboza sau embolia vaselor mezenterice (p. 153—54; 184).
3. Pancreatita acută (capitolul 9).
4. Peritonita pneumococică (p. 219).
5. Flebita venei porte.
6. Peritonita generalizată (perforația ulcerelor gastric, duodenal, tific etc.; p. 215—19).

Diagnosticul diferențial al apendicelui ascendent, perforabil sau deja perforat

Colecistul, duodenul și rinichiul sunt organe învecinate anatomic cu apendicele ascendent, iar inflamația lor sau a țesuturilor înconjurătoare ar putea cauza dificultăți pentru diagnostic.

Colecistita. Colecistita poate foarte bine simula apendicita. Durerea, vărsăturile, febra, constipația și sensibilitatea dureroasă la palparea

părții drepte a abdomenului sunt prezente în ambele cazuri. De multe ori, un colecist mărit și inflamat coboară până în regiunea lombară dreaptă, dar și mai frecvent se extinde în direcția ombilicului. La pacienții slabi, fără rigiditatea peretelui abdominal, diagnosticul în general nu este greu de stabilit, deoarece colecistul, dureros și rotunjit, poate fi simțit întotdeauna împreună cu ficatul și, posibil, mișcându-se odată cu respirația. Durerea în colecistită este de obicei mai intensă decât într-o apendicită ascendentă și poate fi de natură segmentală, în legătură cu segmentul nervos al inervației, iradiind în regiunea subscapulară dreaptă, mai ales dacă un calcul se află în impact cu canalul cistic. Se mai poate nota o sonoritate la percuția colonului ascendent, deasupra apendicelui retrocecal inflamat. Nu se constată însă niciodată sonoritate în fața unui colecist inflamat, care este, de obicei, situat pe un plan anterior cecului, colonului și apendicelui. La pacienții foarte robuști și la cei a căror musculatură abdominală este foarte contractată, devine aproape imposibil uneori de apreciat dacă apendicele sau colecistul este organul afectat, decât dacă se recurge la administrarea unui anestezic sau dacă o anamneză minuțioasă poate oferi o indicație pertinentă pentru una din cele două posibilități diagnostice.

Dacă într-un caz de colecistită există concomitent și un calcul în impact cu canalul cistic, o durere constantă însoțită de eructații, sensibilitate la palparea profundă în hipocondrul drept și cu iradiere în regiunea subscapulară dreaptă sunt date suficiente pentru diagnostic, eliminând apendicita.

Ulcerul duodenal inflamat. Periduodenita din jurul unui ulcer duodenal inflamat ar trebui diferențiată printr-un istoric caracteristic obținut dintr-o anamneză minuțioasă. De reținut că durerea în ulcerul duodenal survine după 2 sau 3 ore postprandial și se remite prin ingestia de alimente.

Pielita. Pielita acută localizată pe partea dreaptă se pretează frecvent la confuzii cu apendicita și, de multe ori, bolnavii sunt operați fără să fie nevoie, deoarece nu se acordă suficientă atenție simptomelor. Elementele de diagnostic diferențial sunt clasificate după cum urmează:

Pielita acută	*Apendicita*
Frison inițial frecvent	Frison neobișnuit
Temperatură mare, de 103°F (39,4°C) sau mai mult	Temperatură mare, neobișnuită
Durere la micțiune	Simptome urinare inconstante
Micțiuni frecvente	
Musculatura abdominală adesea laxă	Rigiditate musculară locală frecventă
Puroi sau bacterii în urină	De obicei nu există puroi sau bacterii în urină

Cititorul va nota că frisonul este neobișnuit într-un caz de apendicită. Dacă totuși acesta apare, la un pacient care suferă fără nici o îndoială de apendicită, atunci este foarte probabil să existe un pericol imediat de piemie portală. La operația unui astfel de caz, trebuie acordată o atenție specială stării afluenților venei mezenterice superioare, iar în timpul convalescenței trebuie avută mereu în minte posibilitatea unui abces hepatic.

Simptomele de pielită acută pot fi datorate prezenței unor bacili în urină, dar fără formare de puroi. În aceste cazuri se notează de obicei o turbiditate sau opalescență a urinei, care poate să dezvolte în mod acut un miros neplăcut. De asemenea, nu trebuie uitat că un apendice inflamat situat în fața pelvisului renal poate, în adevăr, să provoace piurie acută, fără bacilurie.

Dacă examenul urinei se face de rutină, cu multă atenție, mai rar pot apărea dificultăți de diagnostic.

Hidronefroza. Hidronefroza acută de partea dreaptă este câteodată greșit diagnosticată drept un abces apendicular. În hidronefroză se formează o tumefacție rotundă, dureroasă și în tensiune, care ocupă regiunea laterală a abdomenului și care poate fi bine simțită dorsal, în regiunea lombară.

Formațiunea este uneori ușor mobilizabilă și în general rotundă. Pe marginea sa medială s-ar putea simți o mică depresiune, corespunzând hilului. Durerea poate avea uneori caracterul colicii renale și, *de obicei, sunt semnalate simptome urinare:* urină insuficientă, micțiuni frecvente și dureroase etc. Anamneza ar putea releva existența unor crize similare în antecendente. Rigiditatea peretelui abdominal la nivelul tumefacției este de obicei absentă.

Pionefroza. În pionefroza acută apare o tumefacție similară celei din hidronefroză, dar de obicei mai sensibilă și fixă, iar semnele generale de afectare organică sunt mult mai mari, de exemplu febră mai mare și alte simptome de toxemie. Dacă ureterul nu este complet obstruat, se poate găsi puroi în urină.

Calculul renal sau ureteral. Acele cazuri neobișnuite de apendicită care evoluează cu durere în testicului drept pot foarte lesne simula o colică renală. O simplă radiografie poate evidenția un calcul, stabilind diagnosticul. În circa 20% din cazuri, calculii ureterali mai mici nu pot fi vizualizați pe radiografia simplă și atunci trebuie făcută o pielografie i.v. sau o explorare ultrasonografică a rinichiului. (Unul din pacienți aflați sub îngrijirea mea acuza o durere acută în regiunea lombară dreaptă care iradia în testicului drept, în plus febră și o oarecare rigiditate musculară, ceea ce m-a făcut să pun diagnosticul de colică renală. Radiografia arăta o umbră mai mare situată puțin în afara conturului normal al ureterului. Operația a relevat rinichiul și ureterul normale, dar un apendice foarte inflamat, prezentând în porțiunea sa mijlocie un mare fecolit calcaros. Din fericire, astfel de cazuri sunt rare, deși recent s-a

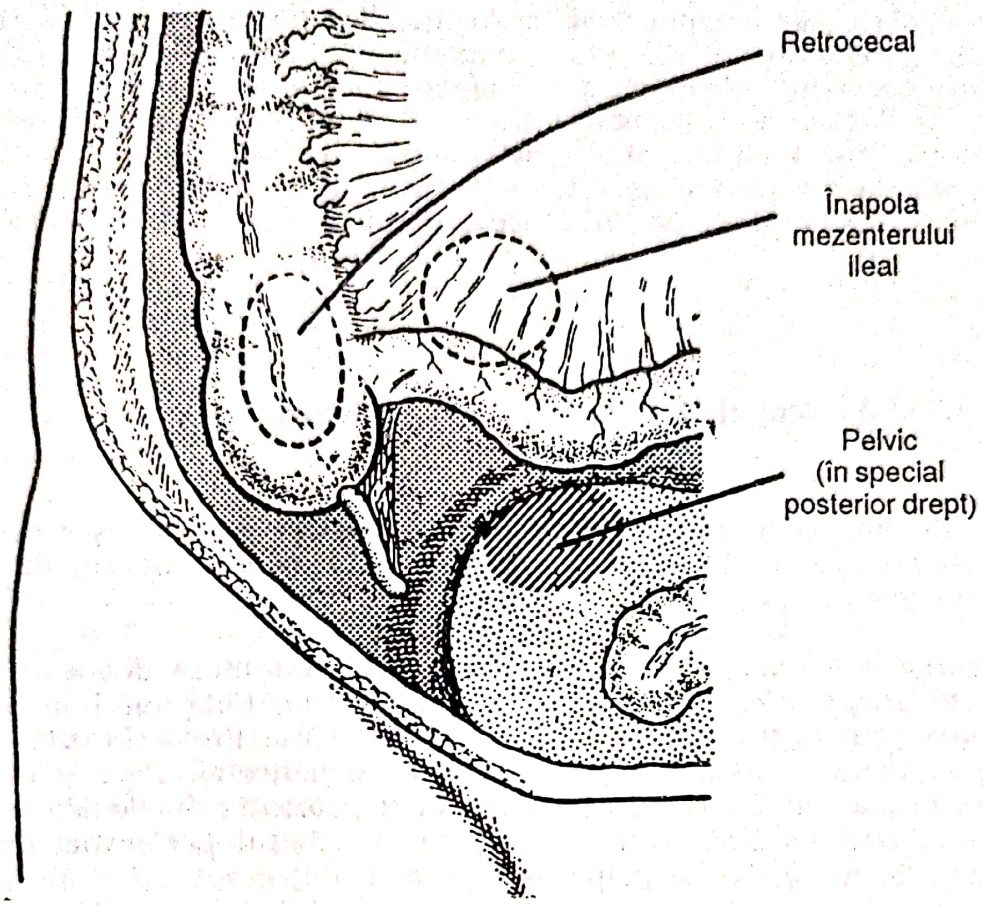


Fig. 18. Localizările unor posibile abcese, pornind de la o apendicită și care, uneori, pot fi trecute cu vederea (vezi. p. 84 și 101—2).

recunoscut că prezența unui fecolit laminar caracteristic în regiunea fosei iliace drepte, la un pacient cu un istoric compatibil, ajută de obicei precizarea diagnosticului de apendicită acută.)

Abcesul perinefretic. Un apendice retrocecal care supurează poate să formeze un abces în vecinătatea rinichiului, dificil de diferențiat de un abces perinefretic de origine metastatică. Dar, acesta din urmă are un debut insidios, în timp ce apendicita debutează brusc. În ambele cazuri, presiunea palpatorie exercitată înspre înainte, la nivelul unghiului format de ultima coastă și mușchiul ridicător, va fi întotdeauna dureroasă. Sunt însă unii pacienți cu un apendice inflamat în poziție retrocecală, care prezintă simptome atipice, adică nu acuză durere epigastrică inițială, nu vomită și nu prezintă rigiditate deasupra ariei inflamate. *Aceste cazuri au, totuși, o evoluție mult mai rapidă decât abcesul perinefretic metastatic.* Un mic abces retrocecal sau retroileal de origine apendiculară ar putea fi foarte ușor trecut cu vederea (fig. 18).

Torsiunea epiploonului. Torsiunea sau strangularea în totalitate sau parțială a epiloonului poate simula apendicita. Partea afectată se întâl-

neşte de obicei în dreapta liniei mediane, iar durerea spontană sau la palpare va fi notată în dreapta ombilicului. Vărsăturile sunt mai puțin frecvente decât în apendicită, dar diagnosticul diferențial înainte de operație poate fi imposibil. De obicei, durerea datorată torsiunii epiploonului devine mai ușoară atunci când pacientul stă culcat. Uneori în istoric se semnalează un efort exagerat, iar la palpare se poate simți o formațiune tumorală păstoasă pe linia mediană sau în partea dreaptă a abdomenului.

Diagnosticul diferențial al apendicelui iliac inflamat

Inflamația apendicelui iliac este starea clinică cel mai ușor de diagnosticat, deși există și multe capcane, justificând diagnosticul diferențial care urmează.

Ulcerul doudenal perforat. De multe ori, un ulcer duodenal perforat este greșit interpretat ca fiind o apendicită. Conținutul intestinal care scapă prin ruptură se scurge în jos, spre fosa iliacă dreaptă, dând naștere la toate semnele de inflamație ale apendicelui. Prin anamneză se poate obține un istoric tipic atât pentru patologia duodenală, cât și pentru cea apendiculară. Durerea inițială la debutul perforației duodenale este mai mare, iar la palparea hipocondrului drept există sensibilitate dureroasă. Durerea simțită la vârful umărului drept ar fi mai mult în favoarea ulcerului duodenal perforat. Dacă s-ar mai găsi și o diminuare a matității hepatice, în absența distensiei generale abdominale, diagnosticul de perforație duodenală (sau gastrică) este aproape sigur. Prezența, pe o radiografie simplă, a aerului liber este de fapt patognomonică, deoarece nu se întâlnește aproape niciodată în apendicita acută, chiar perforată.

Boala Crohn. Boala Crohn (enterita regională), care pare să fi devenit mai frecventă în ultimii ani, poate simula îndeaproape apendicita acută. Se pot nota: durere abdominală, vărsături, sensibilitate dureroasă locală, în fosa iliacă dreaptă și, uneori, la palpare se poate simți o formațiune. Diagnosticul este imposibil de stabilit înainte de deschiderea chirurgicală a abdomenului, în afară de cazul în care pacientul declară că a mai fost tratat pentru această afecțiune. Deci, cheia diagnosticului diferențial este aproape invariabil istoricul unor crize precedente. Prezența formațiunii abdominale, mai ales dacă a fost decelată înaintea crizei acute, este un argument puternic în sprijinul diagnosticului de boală Crohn. Dacă boala are un caracter subacut, diagnosticul se bazează pe istoricul crizelor dureroase de tip colicativ, însoțite uneori de accese de diaree, dar dacă se efectuează o radiografie după ingerare de bariu se va pune în evidență un foarte caracteristic tablou radiologic, indicând o strâmtorare a ileonului terminal. Așa cum am menționat mai sus, dia-

Scanned with OKEN Scanner

gnosticul diferențial clinic între crizele recurente de apendicită acută și cele din boala Crohn este imposibil de făcut. Totuși, prin studii baritate s-ar putea diferenția aceste două stări clinice. Cu toate acestea, diagnosticul corect a fost de multe ori stabilit numai prin deschiderea chirurgicală a abdomenului pentru un presupus atac de apendicită. În ultimii ani, ileita acută cauzată de microorganisme de tip *Yersinia* a fost diferențiată de boala Crohn și acest fapt poate să explice un mare număr de cazuri cunoscute în prealabil sub numele de boală Crohn *acută*. Diferențierea de apendicita acută înainte de operație este de obicei imposibilă, dar, totuși, prin efectuarea unor culturi de ganglioni limfatici din ileon sau a unor teste de fixare a complementului, se poate descoperi adevărata stare de lucruri. Cele mai multe cazuri de boală Crohn *acută* nu se cronicizează și, deci, după părerea mea, majoritatea reprezintă, probabil, infecții cu *Yersinia* sau alte infecții similare.

Carcinomul. Carcinomul cecului poate cauza crize subacute de dureri severe și sensibilitate dureroasă locală la palpare în fosa iliacă dreaptă, dar durerea este mai chinuitoare și mai persistentă decât în alte cazuri, cu excepția crizelor foarte acute de apendicită. Ocazional, carcinomul cecal poate să provoace o apendicită acută, prin obstrucționarea orificiului apendicular. Carcinomul cecului sau al colonului ascendent poate să devină aderent de peretele abdominal anterior, simulând îndeaproape un abces apendicular. Vârsta pacientului (de obicei peste 50 de ani), crizele abdominale prealabile sugerând ocluzie și o notabilă scădere în greutate pot pune medicul în gardă, iar istoricul unei anemii progresive și al unor episoade de diaree ar favoriza diagnosticul de cancer al cecului.

Tuberculoza ileocecală de tip non-ocluziv poate cauza simptome similare cu cele ale unui carcinom.

Adenita nespecifică a ganglionilor ileocecali poate simula cel mai precoce stadiu al unei apendicite, provocând o durere abdominală cu caracter colicativ și o sensibilitate dureroasă la palpare în regiunea iliacă dreaptă, dar această stare clinică nu progresează și nici nu este însoțită de vărsături sau apărare musculară locală. Din nou, subliniem că multe din aceste stări clinice sunt acum cunoscute ca reprezentând cazuri de infecții cu *Yersinia*.

Abcesul mușchiului psoas și boala TBC a șoldului pot provoca iritația iliopsoasului, cu flexia sau limitarea extensiei coapsei drepte, sensibilitate dureroasă la palpare, rezistență musculară și senzație de plenitudine la nivelul fosei iliace drepte, dar, în general, debutul și natura subacută a bolii, împreună cu examenul clinic minuțios al șoldului și al coloanei vertebrale pot facilita, în cele mai multe cazuri, stabilirea diagnosticului. Dacă există îndoieli, se poate face o radiografie. În zilele noastre, aceste stări clinice au devenit mai rare pe măsură ce tratamentul tuberculozei a devenit mai eficient.

Scanned with OKEN Scanner

Calculul ureteral. Așa cum deja am menționat, trecerea unui calcul prin ureter produce durere, dar nu întotdeauna tipică de colică renală. Durerea este în legătură cu locul aproximativ unde s-a oprit calculul pe traiectul ureterului. Foarte frecvent, ea poate sugera un diagnostic de apendicită. Simptomele urinare (micțiuni dese, dureroase, cu hematurie), durerea cu iradiere în testicul, absența rigidității deasupra ariei dureroase, precum și o anamneză indicând în antecendente crize ce sugerează colici renale sunt elemente care orientează diagnosticul. Dacă este posibilă efectuarea unei radiografii, se poate demonstra prezența calculului. Febra nu este de obicei prezentă în cazul unui calcul ureteral.

Diverticulul Meckel. Inflamația diverticulului Meckel poate da naștere unor simptome confundabile cu cele ale apendicitei acute. Întrucât acest diverticul este de obicei mai apropiat de centrul abdomenului și nu este aderent, durerea poate fi centrală, dar difuză, pentru o lungă perioadă de timp. Trebuie subliniat faptul că diverticulita Meckel nu este frecventă.

Ruptura sau hematomul mușchiului drept abdominal drept. Ruptura segmentului inferior al mușchiului drept abdominal drept poate duce, de asemenea, la semne locale similare celor cauzate de apendicită, dar istoricul debutului ar servi la diferențierea acestor stări clinice. Ruptura acestui mușchi poate surveni după un efort muscular intens sau brusc, ori după un acces de tuse foarte sever. Vărsăturile sau alte simptome intestinale sunt absente. O sângerare severă provenind din ruperea arterei epigastrice poate cauza un șoc hemoragic; o examinare prin tomografie computerizată poate evidenția un gol la nivelul mușchiului drept abdominal, precum și un hematom. La pacienții care se tratează cu anticoagulante, hematomul poate să apară fie spontan sau numai după un efort minim. Semnele și simptomele sunt identice cu cele ale rupturii oricărui alt mușchi.

Ulcerul simplu al cecului. Astfel de leziuni ulceroase pot provoca inflamația sau perforația cecului, un simptom greu de diferențiat de cele ale apendicitei acute.

Diagnosticul diferențial al apendicelui pelvin inflamat

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL LA BĂRBAȚI

Inflamația apendicelui situat în pelvis dă naștere la multe erori de diagnostic. La femei, ar exista o scuză, dar la bărbați, comparativ, există mai puține motive de a cauza dureri pelvine acute și severe și, deci, gre-

Scanned with OKEN Scanner

șelile de diagnostic nu apar atât de frecvent. Principalele stări clinice care ar putea să genereze erori de diagnostic sunt următoarele:

1. Ocluzia intestinului gros (carcinom, volvulus).
2. Ocluzia intestinului subțire (ileon)).
3. Diverticulita.
4. Calcul în porțiunea joasă a ureterului.
5. Gastroenterita.
6. Abcesul pelvin.

Ocluzia intestinului gros. Ocluzia intestinului gros, care provoacă simptome în hipogastru, este în mod frecvent datorată carcinomului de sigmoid ori rect, sau unui volvulus. Debutul ambelor stări clinice este de obicei precedat, pentru un timp, de o ocluzie subacută ce provoacă durere abdominală și distensie și, în amândouă cazurile, *distensia este un semn precoce al crizei acute de ocluzie.* În apendicita pelvină, sistemul secvențial al simptomelor este aproape constant, iar *distensia nu este un simptom precoce.* În ambele cazuri, examinarea prin tușeu rectal va revela sensibilitatea dureroasă pelvină, dar, în cazul ocluziei, balonizarea porțiunii superioare a rectului poate fi mai mare, în timp ce în cazul apendicitei se simte o massă dureroasă în partea dreaptă a pelvisului, iar testul de rotație a coapsei poate fi pozitiv. De asemenea, în apendicită nu există ocluzie completă. Febra este de obicei absentă în ocluzie și, în oarecare măsură, este prezentă în apendicită.

Ocluzia ileonului. Ocluzia ileonului însoțită de sensibilitate dureroasă la palpare în hipogastru este datorată, în mod frecvent, aderențelor secundare operațiilor abdominale de orice fel, suferite în prealabil. Diagnosticul diferențial se face în primul rând prin notarea unei dureri cu caracter spastic și mult mai acut în ocluzia ileonului, decât în apendicită. De asemenea, observarea vărsăturilor arată că acestea sunt mai frecvente în ocluzie și tind să devină, în mod treptat, la început de culoare gălbuie iar în final chiar fecaloide, o modificare caracteristică ce nu apare niciodată în apendicită, decât numai atunci când aceasta din urmă s-a complicat cu o peritonită extensivă. În ocluzia intestinală, durerea este rareori localizată în fosa iliacă dreaptă, ca în apendicită, dar, după ce a survenit distensia abdominală, diagnosticul devine mult mai greu de stabilit. De asemenea, în ocluzia intestinului temperatura este de obicei normală inițial și, în mod frecvent, nu tinde să crească, așa cum se întâmplă de obicei în apendicită. Durerea în timpul micțiunilor și frecvența crescută a acestora în apendicită se datorează iritației vezicii urinare. De asemenea, se întâmplă uneori ca un apendice inflamat, situat retroileal, să provoace apariția unei ocluzii a ileonului inferior, în special la vârstnici, unde diagnosticul precoce de apendicită acută este foarte rar și de obicei nici nu se pune.

Diverticulita. Diverticulita la nivelul colonului pelvin poate produce simptome de ocluzie sau simptome inflamatorii. Când diverticulita pro-

Scanned with OKEN Scanner

duce ocluzie, simptomele seamănă cu cele de carcinom, iar când produce inflamație locală sau chiar abcese, simptomele și semnele sunt foarte asemănătoare cu cele ale apendicitei pelvine.

De fapt, ar fi bine să considerăm diverticulita sigmoidiană ca o veritabilă *apendicită acută în partea stângă*. Din punct de vedere patogenetic, atât diverticulita, cât și apendicita iau naștere, adesea, prin același mecanism, și anume: obstrucția unui diverticul colonic. Din punct de vedere simptomatic, secvența simptomelor, atât de caracteristică pentru apendicita acută, se poate observa în general și în diverticulită, dar cu cel puțin șase modificări care merită să fie notate, și anume: (1) durerea viscerală precoce are un caracter similar dar, mult mai probabil, este localizată în hipogastru în diverticulita sigmoidiană și în epigastru în cazul apendicitei; (2) anorexia, greața și vărsăturile succedă durerea inițială, dar sunt, întrucâtva, mai puțin proeminente în diverticulită decât în apendicită; (3) ca și în apendicită, în diverticulită se notează o deplasare a durerii spontane și la palpare, dar în acest caz, înspre fosa iliacă stângă sau zona suprapubiană stângă, deși, ocazional, numai sensibilitatea la palpare în regiunea pelvină este evidentă; (4) în diverticulită apare o modificare mai pronunțată a tranzitului intestinal, cel mai adesea o diaree; (5) febra și leucocitoza sunt mai pronunțate în cele mai multe cazuri de diverticulită; (6) în sfârșit, decelarea unei formațiuni în fosa iliacă stângă sau în fundul de sac Douglas este un semn frecvent în diverticulită. Ar trebui, desigur, să fie subliniat faptul că diverticulita este, cel mai adesea, întâlnită la persoanele mai în vârstă, deși, personal, am diagnosticat o diverticulită la un bărbat de 24 de ani și am îngrijit un alt pacient în vârstă de 90 de ani care suferea de apendicită acută. Deseori sunt raportate crize anterioare de diverticulită, dar la mare distanță, cu mulți ani înainte. Atunci când colonul sigmoid este excesiv alungit, până ajunge să se localizeze în partea dreaptă, sau când apendicele este bine situat în partea stângă, confuzia de diagnostic poate fi considerabilă.

Recent, s-a atras atenția că un episod de diverticulită, care poate fi diagnosticat clinic, este în realitate aproape întotdeauna o perforație a unui diverticul în jurul căruia s-a dezvoltat un abces peridiverticular bine localizat. Aceasta ar explica probabilitatea mult mai mare de apariție a febrei, leucocitozei, diareei și a prezenței unei formațiuni la palpare. Din când în când, abcesul peridiverticular poate să perforeze provocând peritonită, dar fără să se deschidă în mod evident în colon, probabil din cauză că diverticulul respectiv este de obicei obstrucționat de un fecolit. Mult mai rar, se produce o ruptură spontană a diverticulului însuși în cavitatea peritoneală. Diferențierea acestor tipuri de rupturi este importantă prognostic, deoarece mortalitatea datorată rupturii spontane este mai mare, deși afecțiunea este mult mai rară.

Diagnosticul diferențial între diverticulită și apendicită este atât de dificil, iar tratamentul este atât de diferit, încât se impune efectuarea unui examen radiologic, după o clismă ușoară cu administrare de material radioopac hidrosolubil, care ar putea rezolva problema, punând în

Scanned with OKEN Scanner

evidență un mic tract extracolonic ieșind din colonul pelvin. Numai acele cazuri în care procesul inflamator este *foarte bine localizat* ar trebui să fie luate în considerare pentru efectuarea clismei cu material radioopac, iar această decizie să fie luată numai de către un chirurg. O examinare prin CT cu contrast poate fi deosebit de utilă pentru diagnosticul diferențial.

Perforația unui ulcer tific. Atunci când la un pacient suferind o formă ușoară de febră tifoidă apare o perforație subacută a ileonului inferior, mai poate rezulta și un abces pelvin, situație similară și confundabilă în momentul examinării cu perforația apendicelui. Un ajutor important pentru diagnostic îl poate oferi anamneza.

Calcul în partea inferioară a ureterului (vezi p. 98). Când un calcul se găsește în apropierea vezicii urinare, există adesea unele simptome adiționale în strânsă legătură cu sistemul urogenital, cum ar fi: micțiuni frecvente, dureroase, întrerupte (chiar picătură cu picătură), dureri în penis.

Gastroenterita. Dacă un apendice inflamat se află situat în pelvis și vine în contact cu rectul, apare diareea sub formă de scaune frecvente, moi și cu mucus, din care cauză se pune foarte des diagnosticul de gastroenterită. Dar, o sensibilitate dureroasă adevărată la palparea pelvisului și/sau prezența unei formațiuni în fundul de sac Douglas nu sunt niciodată prezente în gastroenterită, ceea ce ar putea servi la diferențierea celor două stări clinice.

Abcesul pelvin. Multe exemple pot să demonstreze faptul că simptomele acute datorate apendicitei sunt tranzitorii, inflamația se limitează prin apariția aderențelor cu organele învecinate, iar perforația apendicelui poate exista fără apariția neapărat a peritonitei cu tendință la extindere. În astfel de circumstanțe, pacientul nu va consulta medicul decât atunci când boala se va complica printr-un abces pelvin. Dacă abcesul este retrocecal, el poate fi detectat, de obicei, prin evidențierea unei formațiuni palpabile în fosa iliacă dreaptă. Dacă abcesul a rezultat din perforația unui apendice situat în pelvis, el va atinge dimensiuni mari, dar fără să poată fi palpat deasupra pubisului; deoarece abcesul tinde mereu să crească, ar putea exercita presiuni asupra rectului și anselor ileonului inferior, provocând o ocluzie intestinală adevărată. Evoluția întregii boli poate fi atât de insidioasă, încât pacientul se va prezenta la primul consult cu simptome de ocluzie ileală, dureri colicative, distensia abdomenului sub formă de scară etc. Importanța examinării rectale este evidentă și, uneori, o examinare radiologică poate fi de mare ajutor.

Un astfel de abces pelvin poate atinge un volum mare fără să dea naștere unor simptome definite până când presiunea asupra porțiunii terminale a ileonului va produce o ocluzie evidentă, cu simptome alarmante. Cauza acestora nu poate fi clarificată până când nu se va face o exami-

Scanned with OKEN Scanner

nare rectală atentă prin tușeu. Am avut o dată în îngrijire un copil care s-a prezentat inițial cu simptome de ocluzie intestinală acută. Nu am găsit nici o cauză aparentă până când la tușeul rectal am descoperit un mare abces pelvin. Cu câteva zile înainte, pacientul prezenta simptomele unei crize de apendicită acută, care s-au ameliorat spontan înainte ca ocluzia să se fi dezvoltat. Abcesul pelvin s-a deschis în rect, distensia și vărsăturile s-au ameliorat, iar ocluzia a fost potolită fără a mai fi nevoie de incizie abdominală.

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL LA FEMEIE

Organele de reproducere au o contribuție considerabilă în dificultatea diagnosticării apendicitei acute. Durerea acută simțită în special în hipogastru și în pelvis poate fi cauzată prin:

1. Colică uterină (dismenoree sau iminență de avort).
2. Torsiunea pediculului, inflamația sau ruptura unui chist ovarian sau torsiunea unui ovar normal sau ușor mărit.
3. Sarcina ectopică.
4. Torsiunea sau inflamația unui fibrom.
5. Torsiunea unui hidrosalpinx.
6. Salpingita sau piosalpinxul (piosalpingita).
7. Ruptura unui endometriom.

Dismenoreea. Dismenoreea, prin periodicitatea sa lunară, cu lipsa de semne la examenul local și durerea simțită în hipogastru și în porțiunea inferioară a regiunilor lombară și sacrată, nu ridică nici o dificultate serioasă pentru diagnostic.

Iminența de avort. În iminența de avort, amenoreea prealabilă, sângerarea, caracterul durerii și absența semnelor locale sunt elemente care servesc la diferențierea acestei stări clinice. Un test pozitiv de sarcină rezolvă problema diagnostică.

Sarcina ectopică. Sarcina ectopică este în mod frecvent greșit diagnosticată ca apendicită, dar există aproape invariabil unele neregularități menstruale, un oarecare grad de anemie, anamneza poate releva episoade de ameteli, iar secvența caracteristică de simptome din apendicită nu este de obicei constatată. Uterul poate fi deplasat de sângele extravazat. În cazurile de sarcină ectopică neruptă, se poate simți anexa mărită ca o tumefacție anormală, dureroasă și mobilă, situată lateral, de o parte a uterului, iar testul de sarcină este pozitiv.

Chistul ovarian și hidrosalpinxul. În cazul unui chist ovarian sau al unui hidrosalpinx cu pediculul torsionat, diagnosticul diferențial cu apendicita se face pe baza faptului că durerea și vărsăturile apar simultan

Scanned with OKEN Scanner

(sau aproape simultan), din cauza torsiunii de organ, astfel încât secvența simptomelor, atât de caracteristică pentru apendicită, nu mai apare; mai mult, eructațiile sau vărsăturile sunt de obicei mai frecvente și mai persistente decât în apendicită. În cazul unui chist ovarian, este posibil ca pacienta să fi avut anterior cunoștință de existența tumorii și, încă de la apariția primelor simptome, s-ar putea detecta o formațiune bine definită, sensibilă la palpare și localizată de obicei în centrul hipogastrului, în una din părți sau limitată la pelvis. Un ovar normal se poate torsiona, dar foarte rar. Dacă totuși această situație apare la începutul sarcinii, diagnosticul diferențial cu apendicita pelvină va fi deosebit de dificil.

Simptomele unei rupturi de chist folicular *(Mittelschmerz)* sau ale unei rupturi de chist de corp galben, atunci când sunt localizate de partea dreaptă, sunt mai greu de diferențiat față de o apendicită acută. *Aprecierea momentului în care se produc aceste rupturi în relație cu ciclul menstrual este de cea mai mare importanță pentru diagnostic.* În *Mittelschmerz*, durerea apare, cu oarecare precizie, la mijlocul ciclului, în timp ce, în cazul rupturii de corp galben, durerea se manifestă în apropierea menstrei. Greața și vărsăturile sunt mai puțin frecvente decât în apendicită, dar pacienta poate semnala și unele pierderi de sânge. Și aici, de obicei, secvența simptomelor caracteristice pentru apendicită lipsește.

În cazul unui fibrom torsionat, simptomele nu sunt, în adevăr, atât de acute, dar este posibil ca pacienta să fi avut cunoștință anterior de prezența fibromului. Este însă aproape imposibilă discriminarea între un fibrom torsionat și un chist ovarian cu pedicul torsionat.

Salpingita acută. Diagnosticul diferențial între salpingită și apendicita acută este deosebit de dificil. Ocazional, este greu de stabilit în care dintre cele două organe învecinate a început inflamația. De obicei, această distincție s-ar putea face luând în considerare următoarele aspecte. Salpingita acută nu provoacă atât de frecvent durerea epigastrică de la debut, iar vărsăturile sunt mai rare. Durerea anexială este de la început simțită de obicei în ambele părți, iar sensibilitatea dureroasă la palpare poate fi mai accentuată în regiunea iliacă stângă, decât în cea dreaptă. De obicei, istoricul bolii nu este demn de încredere, dar prezența unei scurgeri vaginale este un indicator prețios pentru precizarea diagnosticului. S-a mai relatat faptul că durerea din salpingită este mai des simțită în coapse sau chiar mai jos, spre genunchi, dar acesta, în mod sigur, nu este un simptom constant. Dacă există dubii, s-ar putea recomanda operația, dar, în cazul în care diagnosticul de salpingită acută nu ridică probleme serioase, cei mai mulți chirurgi consideră tratamentul medical preferabil intervenției. S-a mai spus că, în salpingită, viteza de sedimentare a hematiilor (VSH) ar fi mult mai crescută decât în apendicită. În formele precoce, VSH poate fi un indicator util, dar valoarea diagnostică adevărată a acestui test nu a fost investigată în mod sistematic. Sensibilitatea dureroasă la palpare și durerea provocată prin mobilizarea co-

Scanned with OKEN Scanner

lului uterin sunt foarte accentuate în apendicita acută, mai ales în caz de perforație. De aceea, datele de mai sus *nu* pot să excludă diagnosticul de apendicită, așa cum adesea s-a crezut. Deși există păreri conform cărora laparoscopia ar fi de mare valoare diagnostică, totuși trebuie luate în considerație și puse în balanță acuratețea metodei, siguranța ei, precum și raportul cost-beneficiu.

Piosalpinxul (Piosalipingita). Ruptura unui piosalpinx poate provoca o stare clinică care să simuleze apendicita pelvină. Lipsește însă tipica secvență a simptomelor din apendicită. Dacă examinarea se face imediat după instalarea simptomelor, se poate simți o tumefacție pelvină, de obicei bilaterală. Un istoric care să relateze existența durerilor pelvine cronice și a leucoreei ar putea fi convingător. Dacă examinarea se face după mai multe zile de la debut, diagnosticul este imposibil de stabilit înainte de operație.

Endometriomul ovarian. Ruptura unui endometriom ovarian poate, de asemenea, să simuleze o apendicită pelvină. În ambele cazuri se pot nota următoarele: durere bruscă în hipogastru, vărsături, o ușoară febră și sensibilitate dureroasă la examinarea pelvină, dar, în cazul endometriomului, la examinarea bimanuală ar trebui să fie detectată o formațiune unilaterală sau bilaterală. Dacă în antecedente s-ar găsi un istoric sugestiv de endometrioză, acesta ar fi de mare ajutor pentru diagnostic.

ULTRASONOGRAFIA LA FEMEI

În timp ce un diagnostic clar, pozitiv de apendicită acută, cu apendicele având pereții îngroșați, nu este posibil de stabilit prin ultrasonografie, această metodă este, în schimb, extrem de folositoare pentru a demonstra o formațiune ovariană sau tubară sau prezența lichidului în fundul de sac. De amintit, totuși, că, după ruptura apendicelui și ieșirea conținutului în cavitatea peritoneală, un chist folicular sau luteal nu mai poate fi detectat prin ultrasunete.

Cazuri tardive de apendicită

În cazurile tardive de apendicită care au dus la apariția unei peritonite difuze sau generalizate sau în acele cazuri fulminante asociate cu o formă rapidă de peritonită expansivă, diagnosticul este adesea imposibil de precizat. Diferențierea trebuie făcută cu următoarele stări clinice:

Scanned with OKEN Scanner

Peritonita pneumococică primară.

Peritonita generalizată secundară datorată altor cauze (perforația unui ulcer gastric, duodenal, tific, stercoral, carcinomatos sau a unui piosalpinx).

Tromboza venelor mezenterice.

Ocluzia intestinală acută.

Pancreatita acută.

Pileflebita.

În descoperirea cauzei exacte, cea mai mare importanță se acordă istoricului din anamneză. Subiectul este considerat mai pe larg în capitolul următor (capitolul 8) și în cel privind peritonita (capitolul 20).

Scanned with OKEN Scanner

8. Perforaţia ulcerului gastric sau duodenal

PERFORAŢIA ÎN CAVITATEA PERITONEALĂ GENERALĂ

Perforaţia ulcerului gastric sau a ulcerului duodenal în cavitatea peritoneală generală este o urgenţă abdominală foarte gravă, cu apariţie adesea brutală, dramatică şi care, în lipsa unui tratament adecvat, evoluează inexorabil spre exitus. Este una dintre cele mai uşor de diagnosticat situaţii de abdomen acut, cu condiţia cunoaşterii şi interpretării corecte a simptomatologiei. Ea necesită, de asemenea, în mod obligator, o diagnosticare cât mai neîntârziată şi instituirea unui tratament, de obicei chirurgical, cât mai prompt. Dacă şansele de vindecare ale tratamentului chirurgical aplicat la timp, de exemplu în primele 6 ore, sunt maxime, aceasta nu înseamnă că nu există cazuri tratate cu succes şi fără intervenţie chirurgicală. Considerăm, totuşi, în deplină cunoştinţă de cauză, că pentru ulcerul perforat tratamentul de elecţie este, indiscutabil, cel chirurgical, de unde şi necesitatea unui diagnostic corect şi precoce. Erorile de diagnostic sau întârzierea precizării lui în colecistita acută sau în piosalpinx sunt periculoase, dar ele pot fi corectate ulterior, tot operator. La fel, întârzierile în diagnosticarea apendicitelor sunt regretabile, dar nu costă totdeauna viaţa bolnavului. În schimb, pentru ulcerul perforat, diagnosticul tardiv sau eroarea de diagnostic care duc la temporizarea intervenţiei chirurgicale echivalează, de obicei, cu condamnarea la moarte a pacientului. Efectuarea intervenţiei chirurgicale în primele 6 ore de la perforaţie duce, de regulă, la vindecare. Întârzierea până la 12 ore ridică dubii asupra vindecării, iar până la 24 de ore de la perforaţie şi, mai ales, după acest interval, perspectiva este sumbră, prognosticul fiind foarte rezervat. Este adevărat că există şi unii bolnavi care au fost recuperaţi, deşi au fost operaţi într-un stadiu mai tardiv, dar aceştia sunt excepţii, care merită a fi comentate. Deci, orice diagnostic foarte probabil de ulcer perforat înseamnă indicaţie operatorie *imediată*. Când există dubii de diagnostic sau de rezolvare operatorie, bolnavul trebuie transferat imediat în centrul chirurgical cel mai apropiat, deoarece a lăsa bolnavul suspicionat pe timpul nopţii, în prezenţa perforaţiei, de cele mai multe ori îl poate costa viaţa.

Simptomele şi semnele produse prin perforaţie variază în funcţie de timpul scurs din momentul apariţiei acesteia. Procesul patologic se desfăşoară în trei stadii care sunt, de obicei, uşor de recunoscut, deşi nu

Scanned with OKEN Scanner

există limite stricte între ele. Simptomele fiecărui stadiu sunt redate mai jos.

Stadiul precoce (în primele 2 ore)

Durere abdominală intensă și generalizată.
Înfățișare anxioasă.
Aspect livid sau cenușiu.
Extremități reci.
Facies rece și transpirat.
Temperatură subnormală (95°F sau 96°F) (35°C sau 35,5°C).
Respirație superficială.
Eructații sau vărsături (ușoare).
Dureri în vârful unuia sau ambilor umeri.

Stadiul intermediar (de la 2 la 12 ore)

Vărsăturile încetează.
Durere abdominală mai moderată.
În aparență mai bine, faciesul își recapătă aspectul normal.
Temperatură normală sau ușor crescută.
Puls normal.
Respirație încă superficială și de tip costal.
Bătăi ușoare ale aripilor nazale.
Peretele abdominal rigid („de lemn"), sensibil și adesea retractat sau plat.
Peritoneul pelvin sensibil la palpare.
Diminuarea matității hepatice.
Matitate deplasabilă pe flancuri (uneori).
Durere intensă la mișcările corpului.

Stadiul tardiv (după 12 ore)

Vărsături mai frecvente, dar încă fără a fi profuze.
Facies caracteristic de peritonită instalată.
Abdomen sensibil și destins.
Puls mic și rapid, semne de șoc hipovolemic.
Temperatura, de obicei, crescută.
Rigiditatea peretelui abdominal, de obicei, ușor diminuată.
Respirație dificilă și rapidă.

STADIUL PRECOCE (PRIMELE 2 ORE)

Simptomele inițiale sunt cele datorate durerii și reacției (probabil prin eliberare de catecolamine) consecutive contactului conținutului gastric scurs prin perforație în cavitatea peritoneală, unde întâlnește și irită, brutal, numeroase terminații nervoase. Acest contact cu peritoneul poate

Scanned with OKEN Scanner

fi atât de brutal, încât, pe lângă durere, mai pot apărea uneori și fenomene sincopale: bolnavul foarte slăbit se prăbușește, pierzându-și, tranzitoriu, conștiența. Mai există și alte simptome: pulsul este mic și slab, faciesul este livid, exremitățile sunt reci și transpirate, dar temperatura doar de 95°F (35°C). Figura bolnavului exprimă anxietate și durere.

Alte detalii privind durerea: apariția ei este bruscă și brutală. Sunt momente când bolnavul se poate simți și bine, dar, în momentul următor, începe să țipe de durere, se zvârcolește și cere ajutor. Localizarea inițială a durerii este, în general, epigastrică, dar, repede, ea iradiază în jos și în scurt timp se generalizează, cuprinzând întregul abdomen. Evident, va fi chiar mai accentuată în hipogastru, datorită acumulării în pelvis a conținutului gastric sau duodenal scăpat. Acest prim stadiu poate dura doar câteva minute sau persistă 1—2 ore, în funcție de diametrul perforației și de gradul inundației cavității peritoneale. În cazul când perforația este foarte mică sau ajunge să fie acoperită de exsudatul fibrinos, simptomatologia de debut va fi în mod corespunzător mai puțin severă. *Uneori, ea poate lipsi complet, în cazul în care perforația este mică și scurgerea minimă.*

STADIUL INTERMEDIAR (DE LA 2 LA 12 ORE)

Intensitatea durerii inițiale se reduce, bolnavul arată și se simte mai bine. Reacțiile adaptative circulatorii par să fie atât de eficiente, încât extremitățile devin mai calde, fața își recapătă culoarea normală, pulsul redevine normal, ca frecvență și amplitudine, iar temperatura, de asemenea, este normală. De fapt, ameliorarea simptomatologiei este minoră și înșelătoare. Ea nu înseamnă oprirea evoluției procesului patologic, deși un observator neavizat ar putea ușor să creadă într-o ameliorare reală. Șansele de vindecare a bolnavului depind, în acest periculos stadiu latent, de discernământul și de decizia practicianului. Acesta este, de obicei, momentul în care medicul lipsit de experiență crede că un consult cu un chirurg avizat ar fi o greșeală și că nu merită să-l deranjeze în mod inutil. Personal, am întâlnit un astfel de observator, de altfel capabil, care, înșelat de tabloul clinic liniștitor, a amânat chemarea chirurgului, deoarece bolnavul adormise și părea liniștit. Dar, important, tocmai acest stadiu oferă cele mai bune condiții pentru efectuarea intervenției chirurgicale și de aceea nu este permis să fie pierdut.

Pulsul și temperatura nu sunt elemente sigure, călăuzitoare, deoarece, de obicei, sunt normale. Nici părerea personală a bolnavului despre starea sa nu prezintă întotdeauna prea mare încredere. Faptul că el se exprimă, adesea, că se simte mai bine îl face să fie mai puțin preocupat de afecțiunea sa, deși atitudinea și modul de a reacționa îi dezmint afirmațiile. În încercarea de a-și calma durerea, bolnavul în pat fiind își trage în sus picioarele și își flectează coapsele pe bazin și, dacă i se cere să se întoarcă pe o parte, el execută mișcarea, dar cu infinite precauții și cu frica evidentă de a nu-și accentua durerea. Atunci când

Scanned with OKEN Scanner

bolnavului nu i s-a administrat morfină, el continuă să acuze durere abdominală generalizată, dar de intensitate mai redusă decât în stadiul inițial. Există, în plus, următoarele cinci elemente care, separat sau toate împreună, oferă indicații valoroase, atestând gravitatea leziunilor intra-abdominale: peretele abdominal rigid și sensibil, respirația superficială de tip costal, sensibilitatea peritoneului pelvin, existența revărsatului de lichid liber și prezența aerului în cavitatea peritoneală.

Rigiditatea peretelui abdominal este o manifestare aproape constantă. Musculatura abdomenului este plată și rigidă, ca o scândură. Contractura rigidă nu poate fi învinsă de o presiune manuală fermă și continuă. Numai o anestezie generală și profundă ar putea induce relaxarea musculaturii abdominale. Palparea abdomenului, în oricare parte a sa, provoacă durere și poate determina eructații. Sensibilitatea la palpare este, adesea, mai mare în fosa iliacă dreaptă, mai ales în cazul ulcerului perforat duodenal sau pilloric. Mușchii rigizi ai abdomenului nu urmează mișcările respiratorii, iar mișcarea diafragmului este, de asemenea, considerabil inhibată, astfel încât *respirația este superficială și de tip costal.*

Sensibilitatea la palpare a peritoneului pelvin este un semn deosebit de important, care poate fi evidențiat prin tușeu rectal sau vaginal, la femeie. La foarte scurt timp după perforație, pelvisul este ocupat de conținutul digestiv extravazat și de exsudatul inflamator supraadăugat și, deși în timpul tușeului, prin palpare nu se simte nici o formațiune concretă, presiunea exercitată de degetele examinatorului asupra peretelui rectal provoacă o durere acută (fig. 19). De reținut că acest semn, exprimând sensibilitatea peritoneului pelvin, nu este întotdeauna prezent în primele ore de la perforație sau dacă perforația a fost mică ori acoperită rapid de exsudatul fibrinos.

Matitatea deplasabilă pe flancuri, ce evidențiază existența lichidului liber revărsat în cavitatea peritoneală, trebuie totdeauna căutată.

Diminuarea sau dispariția matității hepatice este secundară acumulării aerului liber în peritoneu. Deși, adesea, ușor de pus în evidență este, totuși, un semn ambiguu. Percuția ariei prehepatice poate releva o sonoritate chiar atunci când aerul liber nu este prezent în cavitatea peritoneală, deoarece această notă sonoră ar putea rezulta în urma distensiei intestinului, care, uneori, în ocluzia intestinală sau peritonita de altă cauză, este împins înaintea ficatului. Dacă nu există distensie abdominală, diminuarea matității anterioare a ficatului este totuși semnificativă. Este întotdeauna semnificativă, la percuția ficatului, o sonoritate pe linia axilară medie. *Dacă, în orice caz de abdomen acut, la percuția ficatului se obține sonoritate pe linia axilară medie, aproximativ la 2 cm sau mai mult deasupra rebordului costal, acest semn conferă certitudine pentru diagnosticul ulcerului gastric sau duodenal perforat* (fig. 20). Cu toate acestea, semnul este pozitiv într-un număr mic de cazuri.

Un simptom adițional folositor este durerea care apare în teritoriul de distribuție a ramurilor cutanate ale celui de-al IV-lea nerv cervical, adică la nivelul porțiunii superioare a umărului, în fosa supraspinoasă, deasupra acromionului sau claviculei. Acest simptom, dacă este prezent,

Scanned with OKEN Scanner

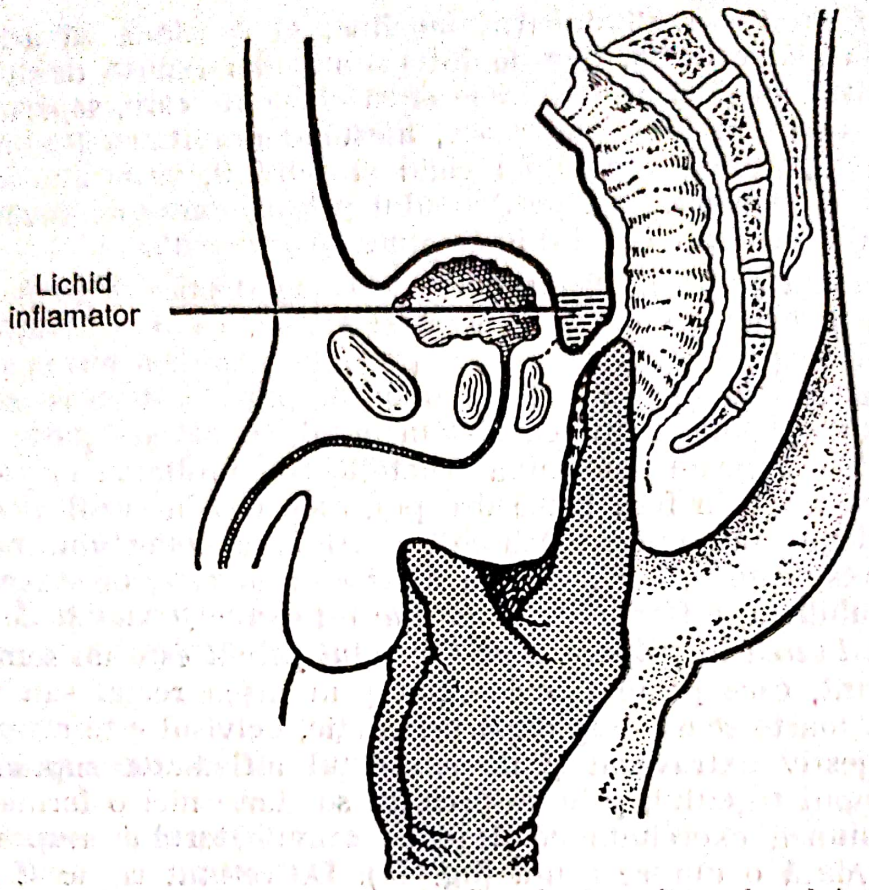


Fig. 19. Modul în care poate fi palpat peritoneul pelvin, indicând locul unde se colectează, de obicei, lichidul inflamator.

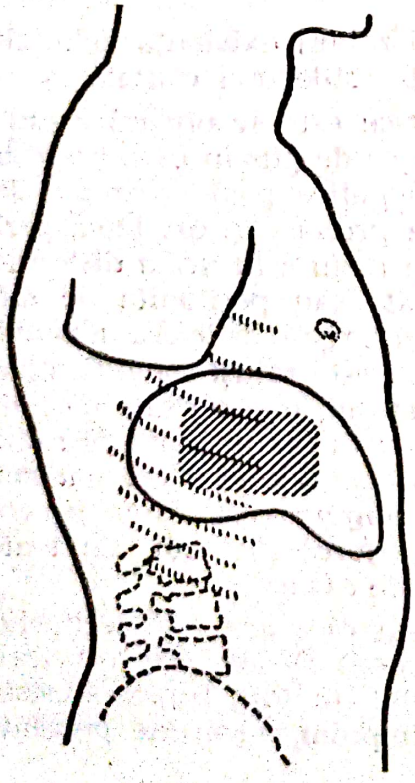


Fig. 20. Aria de sonoritate percutorie hepatică, importantă pentru diagnosticarea unui ulcer gastroduodenal sau a unui ulcer inițial.

Scanned with OKEN Scanner

trebuie interpretat cu mare atenție în cadrul unui diagnostic diferențial cu pleurezia diafragmatică, care produce o durere similară. Dacă durerea este bilaterală *încă de la debut,* ea este foarte sugestivă pentru perforația peretelui anterior al stomacului, din cauza iritației porțiunii mediane a diafragmului. Dacă însă perforația este la nivelul unui ulcer pilloric sau duodenal, durerea umărului se simte de obicei în fosa supraspinoasă dreaptă.

Este posibil ca de mare ajutor să fie și o radiografie simplă a regiunii diafragmatice, care ar putea decela existența unor cantități mici de aer liber între ficat și diafragm (planșa 2), dar prezența acestora nu se poate totuși demonstra la 15—20% din bolnavii de ulcer perforat. Uneori, în cazurile dubioase, în care anamneza, examenul clinic atent și examenul radiologic abdominal simplu nu sunt concludente, examenul radiologic după administrare orală de Gastrografin, ca substanță de contrast, ar putea evidenția sau exclude o perforație. Indicația acestui examen adesea nu este necesară în primele stadii, dar ea poate fi mai largă în stadiile avansate, mai ales în caz de perforație acoperită.

STADIUL TARDIV (DUPĂ 12 ORE)

Distensia accentuată a abdomenului marchează pe plan local peritonita difuză. Această distensie nu este un semn al ulcerului perforat, ci un indicator că peritonita este deja avansată și că s-a permis să nu i se oprească evoluția. Personal, am întâlnit un caz de peritonită difuză care nu a fost trimis la timp într-un serviciu chirurgical, deoarece practicianul a considerat că nu-și poate susține diagnosticul de ulcer perforat în absența distensiei.

Alte manifestări ale peritonitei difuze acute sunt: vărsăturile persistente și din ce în ce mai frecvente, creșterea gradată a frecvenței pulsului, cu scăderea forței și amplitudinii, și o scădere a temperaturii extremităților și a corpului în general. Abdomenul rămâne sensibil la palpare, dar, în peritonita avansată, rigiditatea musculară, în mod frecvent, diminuează. În final, ca o consecință a vărsăturilor repetate și a insuficienței circulatorii, faciesul devine anxios, slăbit, cenușiu, cu cearcăne mari în jurul ochilor, cu obrajii scobiți, scorojiți și cu proeminența pomeților — așa-numitul *facies hippocratic,* care, din păcate, nu este atât un semn de peritonită, ci, mai curând, o mască a morții prin peritonită.

Figura 21 prezintă cele mai frecvente cauze de peritonită severă și colaps acut.

DIAGNOSTIC

Se poate afirma despre ulcerul perforat, chiar din stadiul inițial, că este o afecțiune abdominală gravă, care necesită intervenție chirurgicală de urgență, deși natura exactă a leziunii nu este de la început clară.

Scanned with OKEN Scanner

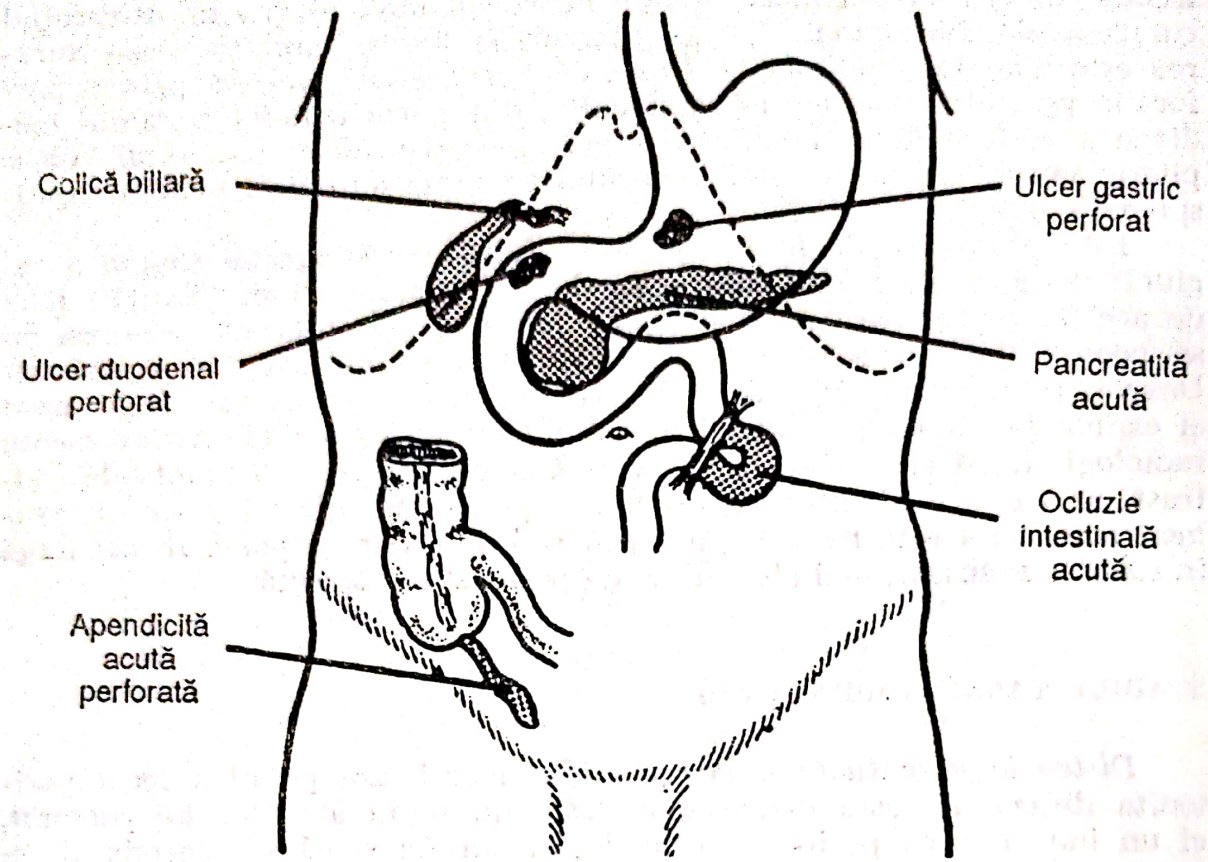


Fig. 21. Cele mai frecvente cauze abdominale ale colapsului acut (la femeie ar trebui adăugată ruptura unei sarcini ectopice).

De un real folos pot fi datele anamnestice, care relevă un debut cu fenomene etichetate ca indigestie cronică sau cu durere duodenală survenind postprandial, după circa 2 ore. Destul de mulți ulceroși au însă un istoric recent, relevând numai o durere după ingerarea alimentelor, ceea ce se întâmplă mai des în cazul ulcerelor pilorice la tineri. Am cunoscut însă și un om de 76 de ani cu ulcer duodenal perforat, fără să fi avut vreodată simptome de indigestie.

Dacă, la un bolnav care a fost subiectul unei indigestii cronice, apar pe neașteptate o stare de colaps și o durere abdominală foarte severă, survenită, de asemenea, brusc și, în același timp, peretele abdominal devine rigid în totalitate, este justificată suspiciunea unui ulcer perforat. Dacă, în plus, peritoneul pelvin este sensibil și se mai constată și sonoritate pe aria hepatică laterală de percuție, atunci diagnosticul de perforație a ulcerului este sigur.

În al doilea stadiu, simptomele generale se ameliorează temporar, dar *toate semnele locale rămân și devin încă și mai precise*, astfel încât observatorul atent nu poate greși. În al treilea stadiu, nu mai sunt dificultăți de diagnostic, s-a ajuns deja la o situație catastrofală în abdomen.

În cazurile dubioase, examenul radiologic cu substanță de contrast hidrosolubilă, care pune în evidență atât aerul liber în peritoneu, cât și

scurgerea substanței hidrosolubile în cavitatea peritoneală, stabilește diagnosticul.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Există trei eventualități care, uneori, pot da naștere unor simptome similare cu acelea ale ulcerului perforat, dar care nu necesită intervenție chirurgicală sau aceasta este chiar contraindicată, și anume:

1. colica severă (fie biliară sau renală);
2. unele cazuri de pleuropneumonie sau de infarct pulmonar;
3. crizele gastrice ale tabesului dorsal.

Colica. Atât colica biliară, cât și cea renală pot provoca un colaps sever și dureri abdominale teribile. Extinderea colapsului nu este un element de diagnostic diferențial, deoarece în colica biliară pacientul poate intra uneori în colaps, numai *in extremis*. Diagnosticul este de obicei clarificat prin anamneză și prin observația clinică referitoare la starea peretelui abdominal, matitatea ficatului și peritoneul pelvin. Din anamneză trebuie să reiasă dacă pacientul a mai avut dureri anterioare repetate, însoțite de icter sau de hematurie, cu eliminări urinare de pietre sau pietriș, ceea ce ar diagnostica probabilitatea unui calcul care încearcă să treacă prin ductele biliare, respectiv ale ureterului.

Pentru diagnostic pledează suficient de mult și iradierea durerii, care poate să fie spre regiunea subscapulară, în colica biliară, sau spre testicul, în colica renală. În caz de colică renală, prin litiază ureterală, peretele abdominal nu este de obicei rigid, dar bolnavul este permanent agitat, se aruncă încoace și încolo, chiar crispat, căutând mereu să-și găsească o poziție care să-i ușureze suferința. În schimb, când un ulcer perforează, rigiditatea abdominală generală care apare și accentuarea durerii la mobilizare îi vor interzice bolnavului, practic, orice mișcare, deși, ocazional, există și excepții. În sfârșit, în colica biliară sau renală, peritoneul pelvin nu este sensibil la palpare și nu există diminuarea matității hepatice. Dacă apare icterul, sau hematuria, se confirmă diagnosticul. Se poate reține că *durerea din colica renală este aproape întotdeauna localizată de o singură parte.*

Pleuropneumonia unilaterală — dreaptă sau bilaterală — și infarctul pulmonar. Afecțiunile acute pleuropulmonare menționate pot, uneori, să provoace o rigiditate abdominală considerabilă și o mare durere în epigastru, dar, de obicei, în aceste cazuri există suficiente semne la nivel pulmonar care să indice adevărata cauză. Bătăile aripilor nasului vor fi mai active și frecvența respirației va fi mai mare decât ne-am aștepta să fie în cazul unei peritonite incipiente și fără distensie abdominală; în plus, în pleuropneumonie există, de obicei, febră și tahicardie. Încă o

Scanned with OKEN Scanner

dată, tușeul rectal și percuția laterală a matității hepatice sunt de mare importanță pentru diagnostic.

Tabesul dorsal. Crizele gastrice de tabes dorsal (acum rar întâlnite) pot da naștere unor dificultăți de diagnostic, deoarece în tabes intensitatea durerii abdominale și severitatea vărsăturilor pot duce la un colaps sever.

De aceea, ca regulă generală, în fiecare caz de abdomen acut este necesar să se caute atât reflexele osteotendinoase la genunchi, cât și reflexul pupilar, deoarece ambele, sau măcar unul dintre ele, sunt aproape întotdeauna anormale în tabes. Important este că *rigiditatea persistentă a peretelui abdominal niciodată nu se datorează tabesului;* neținând seama de acest lucru se poate ajunge la o tragică greșeală de diagnostic.

În afară de cele trei afecțiuni discutate mai sus, în cadrul diagnosticului diferențial cu ulcerul perforat gastric sau duodenal există încă șase alte afecțiuni chirurgicale care merită să fie comentate (ele fiind și mai mult pretabile la confuzie cu ulcerul perforat, decât primele trei). Acestea sunt:

1. Pancreatita acută.
2. Apendicita acută perforată.
3. Sarcina ectopică ruptă (la femeie).
4. Ocluzia intestinală acută.
5. Peritonita generalizată sau difuză de alte cauze.
6. Ruptura de esofag postemetică.

La acestea ar trebui adăugate tromboza mezenterică și anevrismul disecant, afecțiuni mai rar întâlnite. După ce diagnosticul de pancreatită acută a fost complet clarificat, sunt mulți chirurgi care, mai nou, amână operația până când se potolesc simptomele acute sau până survin alte indicații speciale.

Pancreatita acută. Această afecțiune simulează foarte bine perforația viscerală. Înainte ca abdomenul să fie deschis, pancreatita acută, foarte adesea, poate fi greșit luată drept ulcer perforat sau ocluzie intestinală. În pancreatită, durerea ar putea fi chiar mai agonizantă, dar rigiditatea peretelui abdominal nu este atât de generalizată sau atât de constantă. Cianoza și subicterul sunt mult mai des observate în pancreatită, mai ales la pacienții cu obezitate. Diagnosticul pancreatitei acute va fi dezvoltat în capitolul 9.

Apendicita acută. Ea poate fi mai ușor diagnosticată dacă se vor lua în considerație: anamneza, ordinea de apariție a simptomelor, precum și semnele locale. Inflamația apendicelui nu se manifestă decât foarte rar cu simptome acute și severe de felul celor care însoțesc perforația ulcerului gastric. Totuși, în stadiul al doilea al evoluției sale, un ulcer perforat

Scanned with OKEN Scanner

acut poate fi, și adesea este, în mod greșit diagnosticat drept apendicită. În mod special, acesta este cazul în ulcerul duodenal perforat, deoarece conținutul digestiv din duoden scapă în peritoneu și se prelinge în jos, mai cu seamă în partea dreaptă a abdomenului, provocând durere, îndeosebi la nivelul fosei iliace drepte. Aceasta simulează apendicita, cauzând secvența — durere epigastrică, greață și vărsături, durere iliacă dreaptă și febră —, exact ce ar putea să producă și o inflamație a apendicelui. Intensitatea colapsului inițial ar putea servi pentru a distinge boala, iar persistența sensibilității în aria de proiecție duodenală ajută la confirmarea bolii. Rigiditatea abdominală în apendicită este, din când în când, la fel de extinsă ca și aceea din ulcerul perforat, iar matitatea hepatică este normală, deși în ambele cazuri ar exista sensibilitate rectală. În multe cazuri de ulcer duodenal perforat, pacientul ar putea să acuze durere în vârful umărului drept sau deasupra fosei supraspinoase din dreapta; foarte rar însă durerea din umăr este simțită în apendicită și, atunci când ea apare (datorită acțiunii iritative a lichidului care ajunge în diafragm), ar fi cel mai probabil simțită deasupra acromionului sau deasupra regiunii claviculare. În ambele cazuri (ulcer perforat sau apendicită), operația este indicată.

Ocluzia intestinală. Aceasta nu ar trebui să ridice dificultăți de diagnostic, exceptând cazul acelor pacienți care se prezintă cu întârziere la medic. Ocluzia prin strangularea acută a unei anse de intestin subțire este tipul de leziune cel mai probabil de a crea dificultăți de diagnostic diferențial cu ulcerul perforat. În ambele cazuri, debutul ar putea fi cu simptome acute de colaps, durere și vărsături, existând în ambele situații evidență de lichid liber în abdomen, dar, în ocluzie, peretele abdominal este de obicei flasc și cu totul altfel se prezintă în ulcerul perforat: rigid sau „de lemn". În ocluzia acută, vărsătura este aproape de la început o particularitate distinctă și caracterul conținutului vărsăturii se schimbă treptat, până ajunge să fie chiar fecaloid. Dacă, totuși, o ansă de intestin subțire este în mod acut strangulată și vine în contact cu peretele abdominal anterior, atunci s-ar putea nota o sensibilitate la presiune și, uneori, o rigiditate a mușchilor adiacenți.

În stadiile tardive ale ambelor afecțiuni, distincția dintre ele ar putea fi dificilă, deoarece peritonita este frecvent o complicație a ocluziei intestinale în acest stadiu, iar rigiditatea „de lemn" care acompaniază un ulcer perforat tinde oarecum să diminueze pe măsură ce distensia abdominală crește. În astfel de cazuri, anamneza și, posibil, caracterul conținutului vărsăturii ar putea servi la diferențierea acestor afecțiuni.

Ruptura unei sarcini ectopice. Această ruptură, ducând la o hemoragie intraperitoneală severă, ar putea produce sincopă, colaps, vărsături și durere abdominală puternică. Se poate obține din anamneză existența unor neregularități menstruale, dar nu se poate pune bază pe ele pentru diagnostic. Principalele elemente de diagnostic sunt: paloarea buzelor, a limbii, a unghiilor și a sclerelor, precum și absența unei adevă-

Scanned with OKEN Scanner

rate rigidități abdominale, deși abdomenul este, în general, sensibil și mărit de volum, în special în partea inferioară. La fel ca și în ulcerul perforat, și în sarcina ectopică ruptă se poate nota o oarecare sensibilitate la examinarea digitală, rectală sau vaginală. În cele mai multe cazuri de ruptură a unei sarcini ectopice, nu se poate simți în mod clar o formațiune pelvină. Lichidul liber în abdomen ar putea fi detectat în ambele afecțiuni. La percuția ficatului, se poate obține uneori sonoritate (nu matitate), numai în porțiunea *anterioară* a ariei hepatice, în cazul unei rupturi de sarcină ectopică (datorită interpunerii de anse intestinale, care au fost împinse deasupra ficatului de către cheagurile masive de sânge din peritoneu). În schimb, se poate obține sonoritate în porțiunea laterală a ariei de percuție a ficatului numai în cazul ulcerului perforat.

Uneori sunt acuzate dureri la nivelul claviculelor sau în fosa supraspinoasă, atât în cazurile de ruptură de sarcină ectopică, cât și în ulcerul perforat. Explicația acestor dureri este iritația diafragmatică provocată de cheagurile de sânge acumulate în abdomenul superior.

Anevrismul disecant. Un anevrism disecant al aortei poate cauza dureri abdominale acute, colaps și rigiditate musculară a peretelui abdominal, dând naștere, ocazional, unui fals diagnostic de ulcer peptic perforat. Totuși, originea toracică a durerii, absența aerului liber în cavitatea peritoneală și diminuarea sau chiar absența pulsului la unul din membrele inferioare vor ajuta la diferențierea diagnosticului.

Peritonita acută de alte cauze. Alte forme de peritonită pot fi diferențiate de peritonita secundară unui ulcer perforat numai ținând seama de istoricul debutului bolii și de prezența sau absența aerului în porțiunea laterală a ariei hepatice. Este imposibil de a diferenția o peritonită rezultată din perforația altor segmente ale intestinului de perforația ulcerelor. Peritonita rezultată din ruptura veziculei biliare poate fi acompaniată de o colorație icterică a conjunctivelor.

Ruptura postemetică a esofagului. Anamneza este cel mai important semn de diferențiere a rupturii de esofag, deoarece durerea este aproape invariabil. precedată de eructații și de vărsături forțate. Ocazional, imediat după eructații inițiale, apare hematemeza, precedând cu puțin dezvoltarea durerii. Localizarea durerii este înaltă, în epigastru, și adesea iradiază spre ultima vertebră toracală. Se acentuează, de obicei, în clinostatism și, oarecum, diminuează în poziția șezând. Dispneea este relativ frecventă și se pot detecta crepitații în regiunile cervicală și supraclaviculară. Abdomenul pare să fie neafectat, iar adevărata rigiditate și sensibilitate ricoșată, prin decompresiune (de tip *„rebound“*), sunt absente. Examenul clinic și cel radiologic ar putea decela un eventual pneumotorax sau revărsat pleural. Diagnosticul rupturii postemetice a esofagului este relativ simplu dacă este luat în considerație, iar confirmarea lui se face mai precis radiologic, prin ingerarea unei substanțe de contrast hidrosolubile.

Scanned with OKEN Scanner

Perforația unui ulcer cu formare de abcese subfrenice localizate

Dacă dintr-un motiv sau altul — fie aderențe vechi, fie o scurgere lentă prin perforația unui ulcer, dând timp fibrinei să se depună — scăparea conținutului gastric nu ajunge să inunde decât foarte puțin sau deloc cavitatea peritoneală, simptomele vor fi în mod corespunzător modificate. Durerea poate fi foarte mare, dar colapsul inițial nu este atât de istovitor, iar semnele abdominale vor fi mai repede localizate în porțiunea superioară a abdomenului și vor induce dezvoltarea unui abces subfrenic cu conținut gazos. Dacă un astfel de abces se dezvoltă anterior, semnele locale de supurație intraperitoneală devin foarte evidente, dar, atunci când se dezvoltă în sus, sub diafragm, semnele și simptomele cer mai mult timp să evolueze. Următoarele semne ajută medicul să stabilească diagnosticul de colecție de puroi localizată sub diafragm: temperatură variabilă, frison, leucocitoză și matitate la baze prin revărsat pleural sau prin congestie pulmonară bazală. O descriere completă a abcesului subfrenic nu constituie însă scopul acestei cărți.

Trebuie reamintit că orice ulcer duodenal s-ar putea complica, ocazional, cu o perforație, dar care, uneori, poate fi rapid acoperită cu un depozit de fibrină. Astfel de cazuri dau naștere la durere, rigiditate și sensibilitate în hipocondrul drept, simulând simptomele unei *colecistite acute,* iar afecțiunea se pretează la remisiune fără formare de abces subfrenic. Pe de altă parte, o astfel de perforație acoperită poate să se reactiveze, evoluând spre o recrudescență a simptomelor acute.

Perforația în bursa omentală. Perforația deschisă a unui ulcer în bursa omentală a peritoneului este rară. De obicei se formează aderențe cu peretele posterior al bursei, iar ulcerul are posibilitatea, în mod simplu, să erodeze în pancreas. Dacă, totuși, perforația este sigur deschisă, simptomatologia se traduce prin durere acută inițială în abdomenul superior, dar nu este însoțită la acest nivel de rigiditate, decât atunci când lichidul scapă în cavitatea *peritoneală generală* din fereastra lui Winslow. Este posibil să apară un abces în bursa omentală, dând naștere la febră și la semne de supurație, formând un gen de abces subfrenic.

Scanned with OKEN Scanner

9. Pancreatita acută

Frecvența pancreatitei acute pare a fi în creștere, posibil ca urmare a intensificării consumului de alcool. În spitalele cu acces larg al populației nevoiașe, circa 2/3 din cazurile de pancreatită acută sunt asociate cu alcoolismul, în timp ce, în spitalele particulare, tot 2/3 sunt asociate cu litiaza biliară. Trecerea calculilor mici în duoden constituie, probabil, un important factor cauzal, deoarece s-a demonstrat prezența acestor calculi în scaunul pacienților cu pancreatită, chiar dacă nu s-a întâlnit decât rareori o obstrucție majoră cauzată de un calcul implantat la nivelul ampulei Vater. În afară de acești doi factori majori implicați în etiologia pancreatitei (alcoolul și calculii), circa 10% din cazuri pot fi atribuite altor cauze: traumatisme, hiperlipidemie, hiperparatiroidism, sau unor medicamente, cum ar fi diureticele tiazidice. În majoritatea publicațiilor se relatează că aproximativ 10% din cazuri nu pot fi clasificate după etiologie.

De cele mai multe ori, s-a constatat că nediagnosticarea corectă a unei pancreatite acute s-ar datora faptului că nu se ia în discuție posibilitatea acestei afecțiuni în fiecare caz, dar, chiar dacă s-ar fi considerat și s-ar fi discutat pe larg această posibilitate, erorile ar fi încă foarte frecvente. Deci, se impune ca fiind foarte necesară o deosebită considerație a simptomelor.

Pentru a le înțelege și a le ține minte, trebuie să ne reamintim anatomia pancreasului și patologia pancreatitei. Pancreasul este un organ glandular situat retroperitoneal, în strânsă legătură cu plexul celiac și ganglionii respectivi. Capul pancreasului este înconjurat de duoden și acoperă ușor „potcoava" duodenală; corpul este situat înaintea primei vertebre lombare, în timp ce coada ajunge în regiunea lombară stângă, la nivelul hilului splenic. Există încă numeroase puncte nelămurite în patologia pancreatitei și, totuși, multe date arată că formele acute inflamatorii pot fi asociate cu hemoragii severe și întinse, în glandă și în țesuturile înconjurătoare, cu dezorganizarea consecutivă a acestor structuri, eliberarea și activarea fermenților exocrini. Enzimele pancreatice eliberate cauzează distrugerea extensivă a *țesuturilor retroperitoneale*. Dacă un canal pancreatic major a fost lezat și întrerupt, se va forma o colecție de suc pancreatic delimitată de indiferent care țesut întâlnit din jur, facilitând apariția unui *pseudochist*. Mai rar, poate să apară o comunicare liberă între canalul întrerupt și cavitatea peritoneală, dând astfel naștere *ascitelor pancreatice*. Bacteriile nu joacă, probabil, un rol la în-

ceputul procesului inflamator din pancreas, dar ele tind să favorizeze apariţia unor abcese secundare în retroperitoneu, după aproximativ 2 săptămâni de la începutul crizei. Dacă pacientul supravieţuieşte o perioadă mai lungă, pancreasul poate să devină gangrenos, parţial sau total, dar aceasta se întâmplă foarte rar.

Pancreatita acută apare rar înaintea vârstei de 20 de ani şi, mai frecvent, la pacienţi corpolenţi.

Simptome

Descrierea lor se referă la cazurile *severe.* În cazurile mai uşoare, simptomatologia este, corespunzător, mai puţin acută.

Simptomele în pancreatita acută sunt mai curând variabile, fapt ce explică descrierile contradictorii ale bolii, publicate de diferiţi autori. Unul sau două din semnele absolut patognomonice sunt mai rar prezente, deoarece ele apar în stadiile tardive ale bolii, iar caracteristicile cele mai constante trebuie analizate în ansamblu, cu multă grijă, înainte ca diagnosticul să fie precizat. Este preferabil să se grupeze manifestările clinice în funcţie de cauza lor.

SIMPTOME ŞI SEMNE DATORATE PROBABIL INFLAMAŢIEI GLANDEI

Durerea. Deşi s-ar fi putut decela puseuri uşoare de durere înainte de principalul atac, de obicei debutul acut survine în mod dramatic, brusc şi cu posibil leşin. Ocazional, însă, debutul poate fi insidios. Durerea este de obicei chinuitoare, pacientul ţipând, în agonie. Durerea este resimţită în zona epigastrică şi *într-una sau în ambele regiuni lombare,* deşi ea poate fi prezentă numai în hipocondrul stâng. Poziţia pancreasului explică durerea în lombe, iar vecinătatea plexului celiac explică severitatea ei. Uneori este simţită în regiunea scapulară stângă şi, ocazional, în fosa supraspinoasă stângă (durere frenică). Mai târziu, intensitatea durerii diminuează, dar ea ar putea fi resimţită în întregul abdomen sau, poate, ceva mai mult în *fosa iliacă dreaptă.*

Şocul. De obicei şocul acompaniază durerea. Extremităţile reci, tegumentele transpirate şi pulsul slab sunt suficiente dovezi de severitate a şocului. Pentru a menţine o circulaţie adecvată, deoarece lezarea majoră a ţesuturilor expuse invaziei de enzime pancreatice revărsate cauzează o marcată pierdere de plasmă şi lichid extracelular, devin necesare cantităţi enorme de lichide pentru perfuzia i.v. Iniţial, temperatura poate fi foarte scăzută, până la 95°F (35°C), dar, nu după mult timp, ea creşte,

Scanned with OKEN Scanner

adesea remarcabil de rapid, în funcție de severitatea crizei acute. Pulsul, de obicei, este rapid și slab.

Vărsăturile. Vărsăturile reflexe sau eructațiile apar aproape întotdeauna. Uneori, regurgitația este continuă, dar, de regulă, foarte puțin material este eliminat. Vărsătura în pancreatită este mai persistentă decât cea din ulcerul perforat. Ocazional, greața nu apare. În cazul vărsăturilor reflexe adevărate, conținutul eliminat nu are niciodată aspect fecaloid.

Febra. Este puțin cunoscut faptul că febra apare aproape invariabil în cazurile adevărate. Poate să ajungă la valori de 102°—103°F (39°—39,5°C); o creștere *inițială* a temperaturii, chiar până la 104°F (40°C) *nu* semnifică prezența unui abces pancreatic. În numeroase ocazii, am văzut chirurgi experimentați care au intervenit operator pentru suspiciunea unui abces pancreatic precoce, în cadrul unei crize, din cauza febrei și a leucocitozei, dar fără să găsească nimic.

Sensibilitatea. Sensibilitatea locală la nivelul epigastrului este un semn constant.

Rigiditatea. Rigiditatea epigastrică nu este deloc constantă. Este adevărat că imediat după debut s-ar putea nota o rigiditate „de lemn" a mușchilor epigastrici, dar, adesea, la examenul clinic se palpează un *perete abdominal lax,* normal. Este un fapt care merită a fi subliniat deoarece, într-un timp, s-a crezut că rigiditatea musculară foarte severă ar fi caracteristică pentru pancreatita acută.

SIMPTOME ȘI SEMNE DATORATE MĂRIRII DE VOLUM A PANCREASULUI

Tumora epigastrică. Uneori, pancreasul ar putea fi palpabil, ca o tumoră plasată transversal în epigastru. Faptul că pacientul este uneori foarte corpolent și prezența ocazională a rigidității fac adesea dificilă detectarea tumorii.

Icterul. Icterul moderat este întâlnit în aproape jumătate din cazuri. Deoarece, în mod frecvent, nu există calculi vezicali obstructivi, explicația cea mai rezonabilă a icterului este compresia coledocului de către capul tumefiat al pancreasului.

Vărsăturile obstructive. Vărsătura obstructivă adevărată, cu material fecaloid sau bilios, este foarte rară, dar, personal, am cunoscut un astfel de caz. La operație am constatat obstrucția netă a duodenului prin tumefierea capului pancreasului. Vărsătura obstructivă trebuie bine diferențiată de vărsătura reflexă menționată mai sus și întâlnită mai frecvent.

Scanned with OKEN Scanner

SEMNE DATORATE EXTRAVAZĂRII SÂNGELUI

Echimoza. În pancreatita hemoragică, o parte din sângele extravazat ar putea să găsească o cale de infiltrare de-a lungul țesuturilor netede, iar echimoza să devină evidentă sub forma unei zone de culoare verde sau verde-gălbuie, localizată pe tegumentul regiunilor lombare, uni- sau bilateral. Acest semn a fost notat pentru prima dată de Grey Turner, care a observat la un pacient o decolorare similară localizată periombilical (cunoscut uneori și sub numele de semnul Cullen). Acest simptom, patognomonic pentru hemoragia retroperitoneală, nu apare niciodată înainte de 2—3 zile de la debutul bolii. Atunci când este prezent, semnifică, de obicei, o formă severă a bolii.

ALTE SIMPTOME SAU SEMNE

Cianoza. Acest simptom a fost notat într-un număr considerabil de cazuri. Este cel mai bine observat la nivelul feței și al extremităților, dar, uneori, este prezent și la nivelul tegumentului abdominal.

Tahipneea și dispneea. Sunt deseori observate. Se poate evident presupune că o inhibiție parțială a mișcărilor diafragmatice, din cauza inflamației din vecinătate, ar putea oarecum să explice cianoza și dispneea. Un revărsat pleural stâng este foarte frecvent, contribuind la apariția simptomelor menționate, la fel ca și, uneori, o distensie abdominală puternică. Unii autori au sugerat că lipazele circulante, de origine pancreatică, ar putea distruge surfactantul pulmonar, producând, în consecință, atelectazie și insuficiență pulmonară.

Ar trebui reamintit că în stadiile tardive ale pancreatitei acute mai pot surveni și alte fenomene de ordin general, cum ar fi colectarea în cavitatea peritoneală a unui lichid sanguinolent, o distensie abdominală și o febră ridicată și prelungită. Situația mai sus-menționată este extrem de greu de diagnosticat, fără o prealabilă anamneză minuțioasă a cazului. Foarte rar, în adevăr, în pancreatită se mai pot dezvolta zone subcutanate de necroză adipoasă.

DATE DE LABORATOR

Hiperglicemia și glicozuria. Acestea pot fi puse uneori în evidență, iar prezența lor în asociație cu orice durere abdominală acută ridică problema unei afecțiuni pancreatice.

Creșterea amilazei în ser și în urină. Eliberarea fermenților pancreatici în pancreatita acută duce la o creștere a concentrației amilazei în sânge și în urină.

Scanned with OKEN Scanner

Dozările amilazei serice, exprimate în unități Somogyi (100 mL) sunt: sub 200; între 200 și 500 și peste 500, aproximativ în fiecare treime din totalul cazurilor examinate. Hiperamilazemia, când este prezentă, se întâlnește de obicei în primele 48 de ore, după care amilaza tinde să revină la valorile normale, chiar dacă boala continuă să fie activă. Totuși, având în vedere că amilazemia s-a dovedit a fi semnificativ crescută și la pacienți suferind de colecistită, ocluzie intestinală înaltă, insuficiență renală acută, ulcer perforat și alte afecțiuni, dozarea ei nu poate fi considerată ca un test demn de încredere pentru diagnosticarea pancreatitei acute, așa cum un timp, în trecut, s-a presupus a fi. S-a considerat că dozarea amilazei în urină ar putea ameliora oarecum diagnosticarea pancreatitei acute, dar și această metodă s-a dovedit a fi, la fel, nespecifică. Recent, în pancreatită, s-a demonstrat o creștere discordantă a *clearance*-ului amilazei în comparație cu *clearance*-ul de creatinină, astfel încât raportul dintre cele două *clearance*-uri — amilază: creatinină — depășește 5:1. Deși s-au investit mari speranțe în acest test, totuși, s-a dovedit că nici el nu este specific, raportul fiind la fel de crescut la pacienții cu arsuri sau la diabetici în cetoacidoză. Probabil nici testul de mai sus nu are o valoare diagnostică mai mare decât simpla dozare a amilazei în ser sau în urină sau decât testul lipazei.

Hiperlipidemia. S-ar putea crede că hiperlipidemia primară (frecventă în pancreatită) ar putea fi un element etiologic în unele pancreatite, dar așa-numita hiperlipidemie secundară este și mai frecventă. De reținut că *un ser lipemic la un bolnav grav, cu durere abdominală acută, semnifică, aproape întotdeauna, pancreatită.*

Alte date de laborator. Albuminuria este frecventă. Dacă se detectează methemoglobină în serul pacienților cu pancreatită acută, se poate diagnostica forma hemoragică a pancreatitei respective.

Diagnostic

Pancreatita acută este confundată, cel mai adesea, cu *ulcerul perforat gastric sau duodenal.* Unele cazuri mai puțin grave pot fi greșit diagnosticate ca *apendicită acută,* în timp ce formele cu distensie abdominală ar putea ușor fi privite ca exemple de *ocluzie intestinală. Colecistita acută* și *colica biliară* ar putea, de asemenea, să simuleze simptomele pancreatitei.

Într-un ulcer gastroduodenal perforat, rigiditatea este constantă din primele stadii după perforație, în timp ce, în pancreatită, abdomenul poate fi mai suplu, iar orice eventuală rigiditate este de obicei limitată în zona epigastrică. În lucrarea sa originală, Fitz a relatat, cu multă acuratețe, că simptomele pancreatitei acute sunt cele ale unei peritonite *epigastrice.* Într-un caz de ulcer perforat, simptomele sunt de obicei mai

Scanned with OKEN Scanner

întinse. În momentul când ulcerul perforează, foarte frecvent se simte o durere acută localizată în vârful umărului. În pancreatita acută, o astfel de durere este rară sau, dacă este prezentă, ea este simțită în vârful *umărului stâng*. Durerea lombară bilaterală, cianoza, febra până la 102°—103°F (39°—39,5°C) și icterul moderat sunt elemente care favorizează diagnosticul de pancreatită acută, în timp ce absența matității hepatice la percuție pe linia axilară medie, ar indica în mod clar diagnosticul de ulcer perforat. Hiperglicemia, glicozuria, hiperlipidemia sau creșterea concentrației amilazei în ser sau în urină ar pleda pentru pancreatita acută.

Apendicita este, în general, diagnosticabilă dacă se face o anamneză atentă privind istoricul debutului și ordinea de apariție a simptomelor. Atât vărsăturile, cât și durerea sunt mai puțin severe în apendicită, iar simptomele sunt localizate evident în fosa iliacă dreaptă. În colecistita acută și în colica biliară, sensibilitatea la palpare este prezentă predominant în hipocondrul drept și, în plus, anamneza poate oferi date precise despre episoade dureroase anterioare. Testele de laborator pot ajuta la precizarea diagnosticului, dar nu trebuie să se uite că pancreatita și colecistita pot coexista.

Formele de pancreatită care au evoluat cu distensie abdominală marcată sunt greu de diferențiat de stadiile tardive ale peritonitei și ale ocluziei intestinale, afară numai dacă pozitivitatea testelor de laborator și o anamneză foarte clară orientează corect diagnosticul.

Perforația unui diverticul duodenal, deși o eventualitate rară, poate da naștere unui tablou clinic similar celui din pancreatita acută. Totuși, durerea și sensibilitatea la palpare sunt localizate de obicei în cadranul superior drept al abdomenului. Radiografia abdominală simplă, care relevă bule de aer în aria retroperitoneală dreaptă, ajută la precizarea diagnosticului.

Prin paracenteză abdominală se poate obține un lichid de culoarea sucului de prune, conținând o foarte mare concentrație de amilază, dar la fel s-ar produce și în cazul unei ocluzii intestinale prin strangulare.

În ciuda unor explorări clinice și paraclinice corecte, uneori se întâmplă ca pancreatita acută să nu poată fi diagnosticată cu certitudine decât intraoperator, când, abdomenul fiind deschis, aspectul hemoragic al lichidului din peritoneu și prezența zonelor de steatonecroză sunt edificatoare.

PSEUDOCHISTUL PANCREATIC: O COMPLICAȚIE A PANCREATITEI ACUTE CARE NECESITĂ INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ

Apariția acestei complicații posibile a pancreatitei acute ar putea fi suspectată dacă, după ce a trecut cu bine prin faza inițială a bolii, pacientul întârzie să evolueze spre recuperare totală. Boala trenează, per-

Scanned with OKEN Scanner

sistă febra și se menține durerea abdominală, dar la un grad mai scăzut și în special după mese. Uneori, se palpează o formațiune tumorală în epigastru. Nivelul amilazei serice în loc să scadă spre normal, ca în cazurile obișnuite, rămâne persistent la valori mari. O tomografie computerizată (CT) va arăta o colecție chistică bine delimitată, a cărei evoluție spre progresie sau rezoluție ar fi cel mai bine urmărită tot prin examinări CT seriate. Dacă un astfel de pseudochist este infectat sau steril se poate aprecia numai prin aspirația lichidului, puncția făcându-se sub control CT sau ecografic. Unele pseudochisturi se rezolvă spontan, în timp ce altele necesită drenaj.

„ABCESUL PANCREATIC"

Denumirea este improprie, deoarece nu este vorba nici de un abces, în sensul adevărat al cuvântului, și nu are nici legătură directă cu pancreasul. Mai curând este o distrucție extensivă a țesutului adipos peripancreatic și retroperitoneal, însoțită de infecție secundară, de obicei cu germeni gram-negativi. Aceste țesuturi retroperitoneale nu fuzionează într-un abces obișnuit cavitar, bine delimitat și ușor de drenat, necesitând deci o debridare activă.

Tabloul clinic și simptomele „abcesului pancreatic" sunt identice cu cele descrise mai sus, în cadrul pseudochistului pancreatic, exceptând faptul că tomografia computerizată arată multiple zone de țesuturi pancreatice și peripancreatice insuficient perfuzate, contrastând cu imaginea de colecție bine delimitată a pseudochistului. Suspiciunea existenței unui „abces pancreatic" trebuie obligatoriu avută în vedere pentru diagnostic diferențial, ori de câte ori la un bolnav cu pancreatită acută febra și durerea abdominală sunt persistente. Diagnosticarea cât mai promptă este extrem de importantă, deoarece un astfel de „abces" evoluează *constant spre exitus*, dacă nu se intervine la timp chirurgical.

În cazurile de pancreatite acute nerezolvate, diagnosticul este stabilit cu certitudine în următoarele situații: dacă se detectează aer în retroperitoneu, fie prin radiografie simplă sau prin CT, dacă se constată o bacteriemie persistentă, neexplicabilă printr-o altă cauză, sau dacă lichidul de aspirație (obținut din zonele pancreatice și peripancreatice, prin puncție CT-ghidată) este infectat cu bacterii.

Unii chirurgi, în caz de necroză pancreatică sau peripancreatică, dar fără infecție supraadăugată, recomandă debridare. Diagnosticul necrozei (în absența infecției) a fost obținut de unii pe baza evidențierii zonelor slab perfuzate, aplicând metoda CT cu contrast crescut. Dacă aceste arii reprezintă, în realitate, pancreas necrotic și dacă este necesară intervenție chirurgicală, acestea sunt extrem de îndoielnice, după opinia mea.

Scanned with OKEN Scanner

10. Colecistita acută și alte cauze ale durerii acute în cadranul superior drept al abdomenului

Durerea severă care apare sau care se localizează îndeosebi în regiunea hipocondrului drept este de obicei datorită uneia din următoarele afecțiuni:

1. Colecistita acută, cu sau fără perforație.
2. „Colica" biliară (termen impropriu).
3. Ulcerul duodenal inflamat sau perforat.
4. Hepatita.

Dar, întotdeauna, este nevoie, în cadrul diagnosticului diferențial, de a exclude:

1. Apendicita.
2. Durerea sau colica renală.
3. Pleurezia sau pleuropneumonia.

Vezicula biliară și canalul cistic pot fi privite ca un tub muscular vermiform, care are o extremitate dilatată ce se deschide prin canalul biliar comun în duoden. În anumite privințe, deci, colecistul este analog cu apendicele cecal. Mai mult, este un fapt obișnuit ca un calcul biliar să blocheze canalul cistic, exact ca și o concrețiune de tip coprolit care obstruează lumenul apendicular. Principala diferență între cele două structuri constă în faptul că materialul fecal este prezent numai la nivelul apendicelui cecal, și nu în colecist, deși bacilul *coli (Escherichia coli)* se întâlnește frecvent și în colecist. În plus, este de notat că peretele muscular al colecistului și al canalului biliar comun este mai subțire, astfel încât nu pot să apară contracții puternice, așa cum se întâmplă în ureter și în intestin.

Colecistita acută

STADII PRODROMALE

Criza obișnuită de colecistită acută începe cu un episod dureros de colică biliară (vezi capitolul 12). Această durere este aproape întotdeauna lipsită de paroxisme, iar dacă, totuși, acestea sunt prezente, intensitatea

lor este redusă, astfel încât nu trebuie să fim induși în eroare de termenul impropriu de colică biliară sau de exprimarea pacienților prin termenul de durere *continuă*. O criză de colică biliară poate să urmeze una din următoarele patru evoluții:

1. Cel mai adesea se remite după 4—6 ore, deoarece calculul care a declanșat criza fie migrează înapoi în veziculă, fie iese din canalul biliar comun.
2. Frecvent, după un interval de mai multe ore fără durere, survine colecistita acută.
3. După fixarea unui calcul în canalul cistic, se poate forma hidropsul vezicular cronic, dar numai dacă nu a survenit o infecție și dacă mucoasa colecistului nu s-a necrozat.
4. Icterul poate apărea, cu caracter tranzitoriu, în cazul în care calculul a trecut în duoden sau dacă nu obstrucționează în mod sever canalul biliar comun. Dacă însă calculul nu trece în duoden și persistă obstrucția canalului biliar comun, se creează condiții pentru apariția angiocolitei.

Trebuie subliniat faptul că *episodul de colică biliară se caracterizează printr-o durere constantă și neparoxistică* și că acest episod poate fi anticamera oricăreia dintre cele patru circumstanțe mai sus amintite. *Durerea care ia naștere din inclavarea calculului în canalul cistic sau în canalul biliar comun este în fond aceeași, deoarece ambele structuri au o inervație segmentală identică.* În consecință, în perioada crizei dureroase, foarte rar, sau aproape niciodată, chirurgul nu va fi capabil să prezică în care anume din cele patru eventualități menționate mai sus ar putea să evolueze colica biliară. Ocazional, poate să apară colecistita acută chiar și în absența calculilor sau în absența obstrucției canalului cistic, dar aceasta se întâmplă numai în 5% din cazuri.

SIMPTOME, SEMNE ȘI DIAGNOSTIC

Principalele simptome și semne sunt următoarele:

1. Durere.
2. Vărsături sau greață sau lipsa completă a apetitului.
3. Icter (uneori).
4. Febră.
5. Veziculă biliară destinsă, palpabilă sau vizibilă.
6. Sensibilitate și rigiditate.

Durerea. Durerea în colica biliară este descrisă în capitolul 12. Este însă important de subliniat că: durerea este constantă, fără tendință de ameliorare, iar localizarea sa în epigastru, pe linia mediană, adesea îl

derutează pe medic. Durerea acută dispare de obicei după 4 până la 6 ore. După un interval lipsit de durere, de câteva ore, ea revine dar, deacum, cu o altă localizare, în hipocondrul drept, și cu un alt caracter, acela de durere constantă, în mod clar agravată prin mișcare, tuse sau strănut. Această durere secundară este ușor explicabilă prin iritația peritoneală și este analogă cu ceea ce se întâmplă în apendicita acută, unde durerea de tip visceral se transformă într-una de tip somatic.

Vărsăturile. Anorexia, greţurile și vărsăturile sunt nu numai nelipsite în colica biliară, dar ele persistă de obicei și când colecistita acută este prezentă. Vărsăturile sunt în general mai frecvente și au un caracter bilios, nu fecaloid. Ocazional însă ele pot fi complet absente.

Icterul. O ușoară nuanță icterică este de regulă prezentă în orice colecistită acută, chiar și în absența calculilor în canalul biliar comun. Ocazional, prezența sa este de ajutor în a diferenția o colecistită acută de un ulcer perforat. Cu cât este mai severă criza de colecistită acută, cu atât mai probabilă este prezența icterului. Niveluri serice de bilirubină de 3—4 mg/dL nu sunt deloc rare în colecistita acută necomplicată. Personal, am întâlnit un caz cu valori mari, de 11 mg/dL.

Febra. Valori în jur de 101°F (38,3°C) sunt frecvente în colecistita acută. Valori mai mari observate ocazional la bolnavi cu colecistită acută ar fi mai probabil caracteristice pentru angiocolită.

Vezicula biliară palpabilă sau vizibil destinsă. Un colecist palpabil este un semn menționat în aproape jumătate din cazurile de colecistită acută. *Prezența unui colecist palpabil la un pacient cu un istoric compatibil cu colecistita acută confirmă acest diagnostic.* Un examinator mai puțin experimentat, care palpează prea adânc, nu va reuși să pună în evidență acest semn, deoarece pacientul va lua o poziție de apărare împotriva probei. Noi *am văzut* adesea colecistul destins, care cobora în inspirație profundă, dacă pacientul era ținut la picioarele patului în lumină puternică, în timp ce aceluiași pacient nu i se putuse palpa colecistul de către mâna unui medic mai puțin antrenat. O palpare blândă va putea evidenția în mod frecvent o formațiune fermă, puțin mai mare decât o minge de golf, pe care nu o poți confunda cu nimic altceva odată ce ai simțit-o o singură dată la palpare. Se pot astfel economisi milioane de dolari cheltuiți pe explorări diagnostice sofisticate. Cu rare excepții de vezicule biliare micuțe, contractate și inclavate intrahepatic, având la bază ani de experiență clinică operatorie, suntem îndreptățiți să afirmăm că în marea majoritate a cazurilor de colecistită acută veziculele biliare respective sunt puternic destinse și imediat după anestezie ele devin palpabile. Acest fapt demonstrează că oricine se antrenează să palpeze corect și cu blândețe ar putea simți aproape toate veziculele biliare la pacienții cu colecistită acută.

Scanned with OKEN Scanner

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Colecistita trebuie să fie diferențiată de apendicită, ulcer duodenal în puseu inflamator sau perforat, colică biliară, ruptura colecistului sau a canalului biliar și hepatită. Pleurezia trebuie întotdeauna să fie exclusă (fig. 22).

Simptomele — durere, vărsături, constipație, febră — sunt similare cu cele din *apendicită*, dar localizarea durerii diferă: în primul caz este în hipocondrul drept, iar, în celălalt caz, în regiunea lombară dreaptă sau iliacă dreaptă. Dacă se palpează vreo formațiune tumorală, de primă importanță pentru diagnostic este să se stabilească raporturile acesteia cu ficatul: continuitate sau independență. Trebuie să recunoaștem că există unele cazuri, mai ales la pacienții obezi, ce prezintă o veziculă biliară inflamată în poziție joasă, la care se adaugă fenomene locale de peritonită și rigiditate, unde o diferențiere netă față de o apendicită cu abces local este aproape imposibilă înainte de operație. Poate doar anamneza să aducă unele date utile, cum ar fi prezența în antecendente a unor puseuri de icter sau de colici biliare, care ar orienta diagnosticul spre colecistită sau, dimpotrivă, o relatare din istoric a unor prealabile crize ce ar fi sugerat o apendicită să încline diagnosticul actual spre această boală.

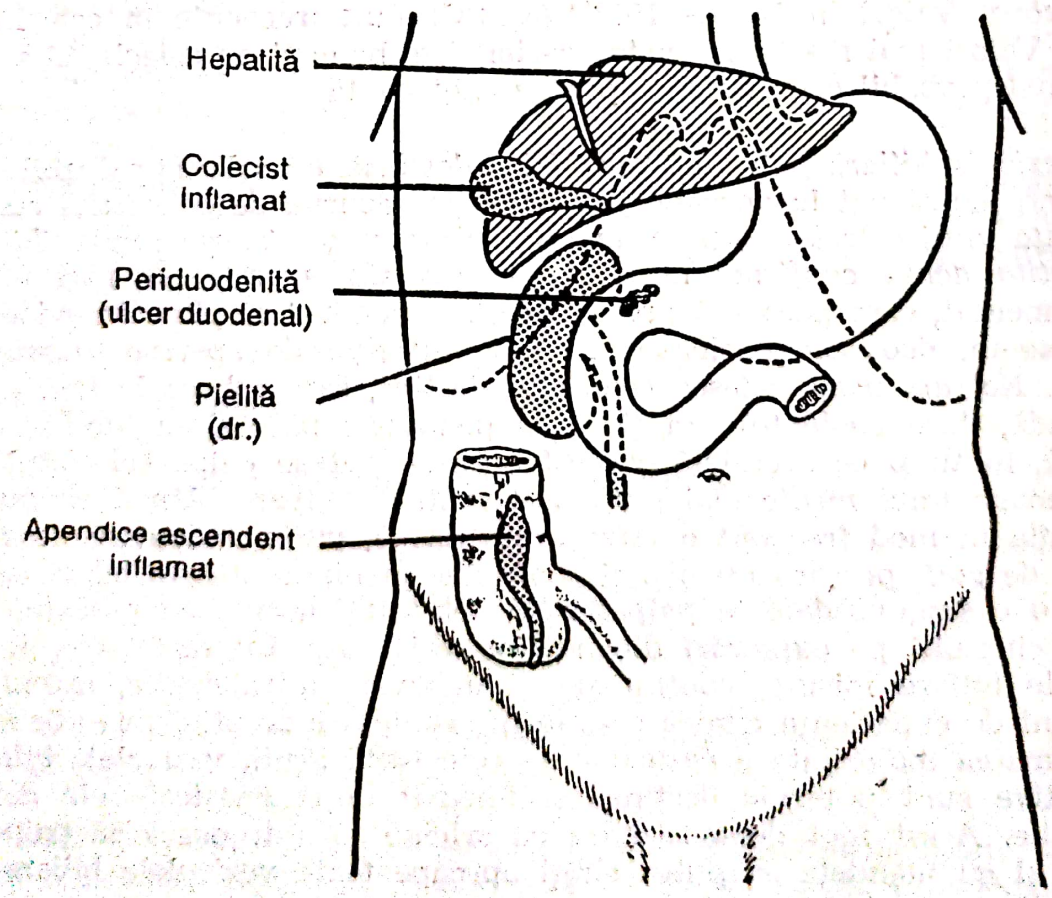
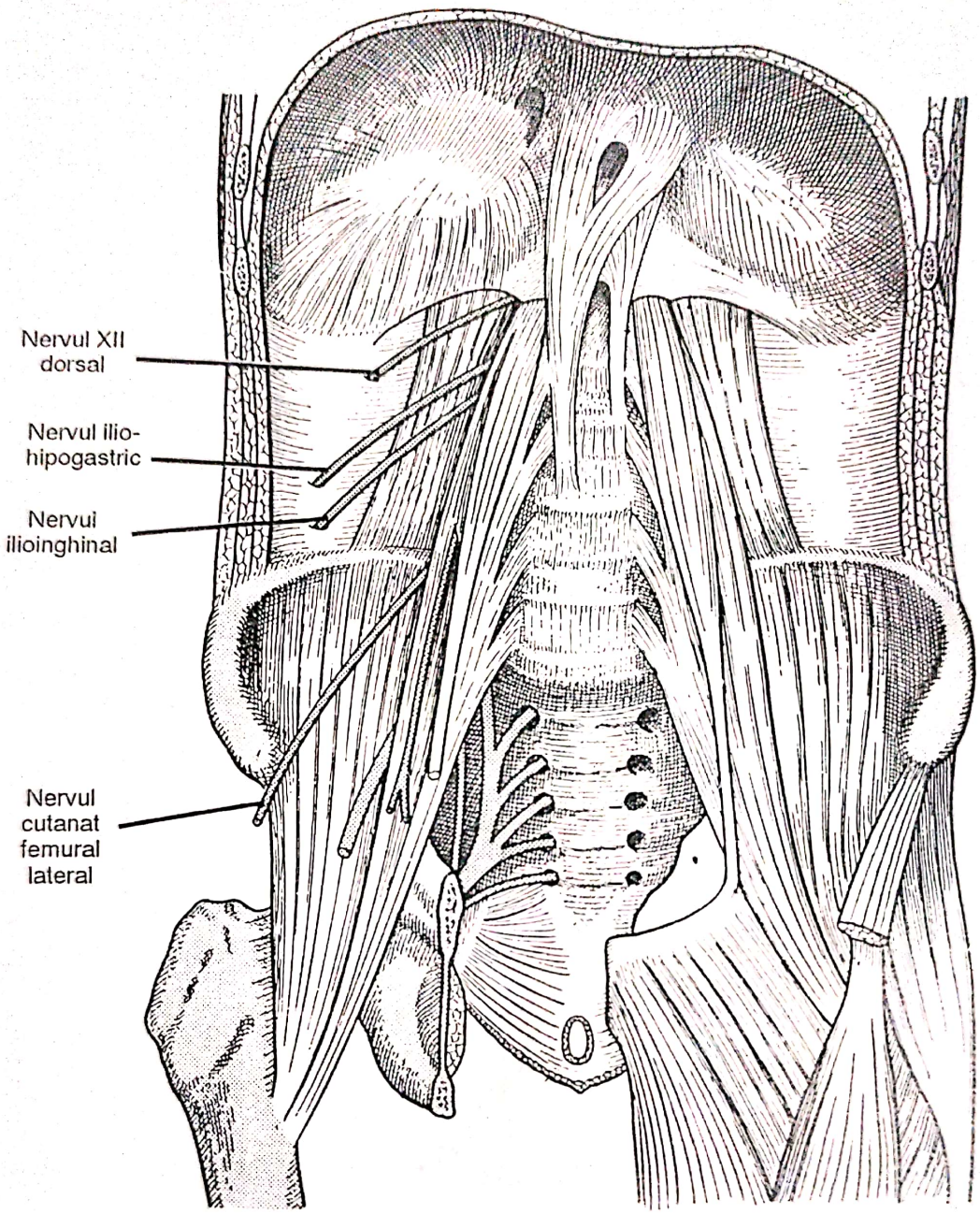


Fig. 22. Diagnosticul diferențial al colecistitei.

Planşe

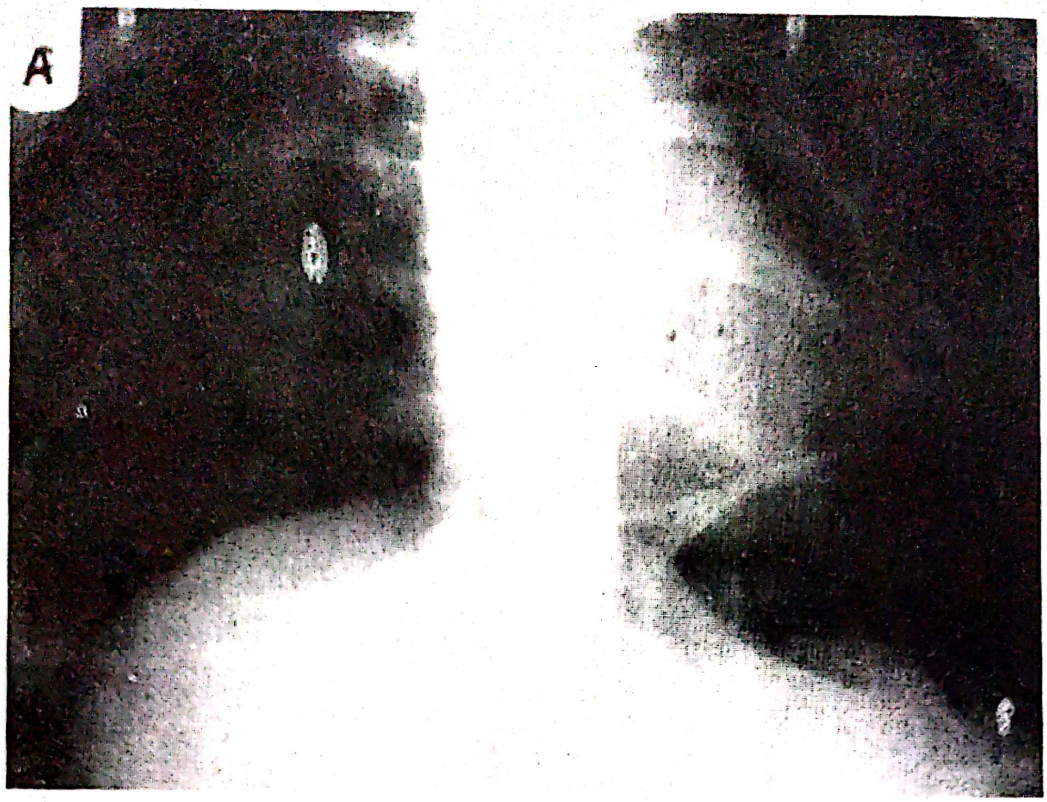
Scanned with OKEN Scanner



PLANȘA 1

Mușchii parietali ai abdomenului care, prin rigiditatea, imobilitatea și sensibilitatea lor, aduc un ajutor important în diagnosticul abdomenului acut. În partea dreaptă sunt indicați: al XII-lea nerv dorsal, nervul iliohipogastric, nervul ilioinghinal și nervul cutanat femural lateral.

Scanned with OKEN Scanner



A

B

PLANȘA 2

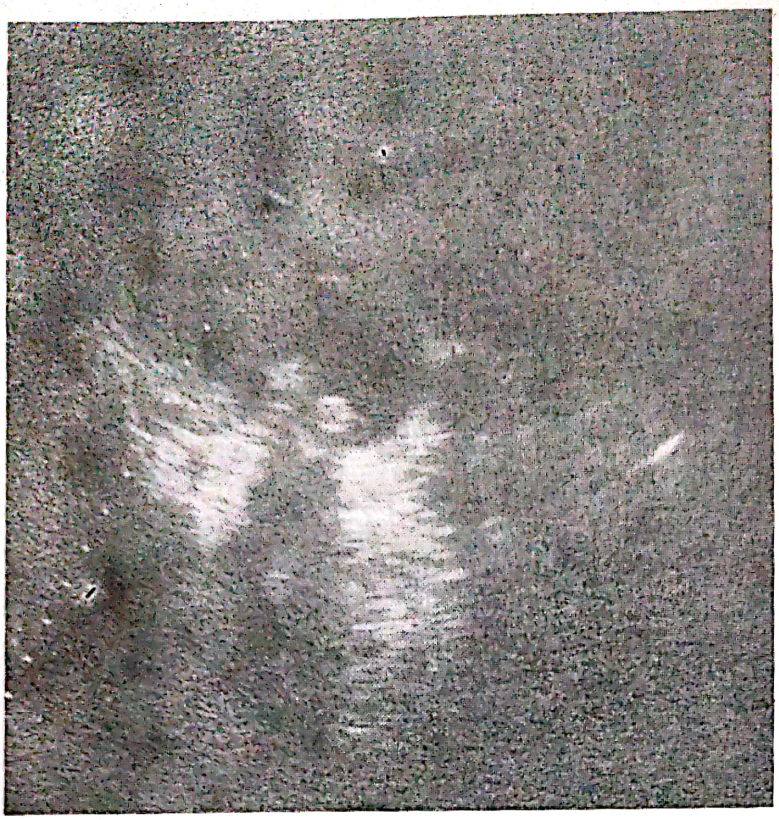
(A) Se evidențiază o mare cantitate de aer liber între diafragm și ficat într-un caz de ulcer peptic perforat.
(B) Se evidențiază o cantitate mică de aer liber între diafragm și ficat într-un caz de ulcer peptic perforat.

Scanned with OKEN Scanner

PLANȘA 3

Apendicită perforată cu peritonită la un copil cu fecolit clasic. De notat distensia intestinului subțire.

Scanned with OKEN Scanner



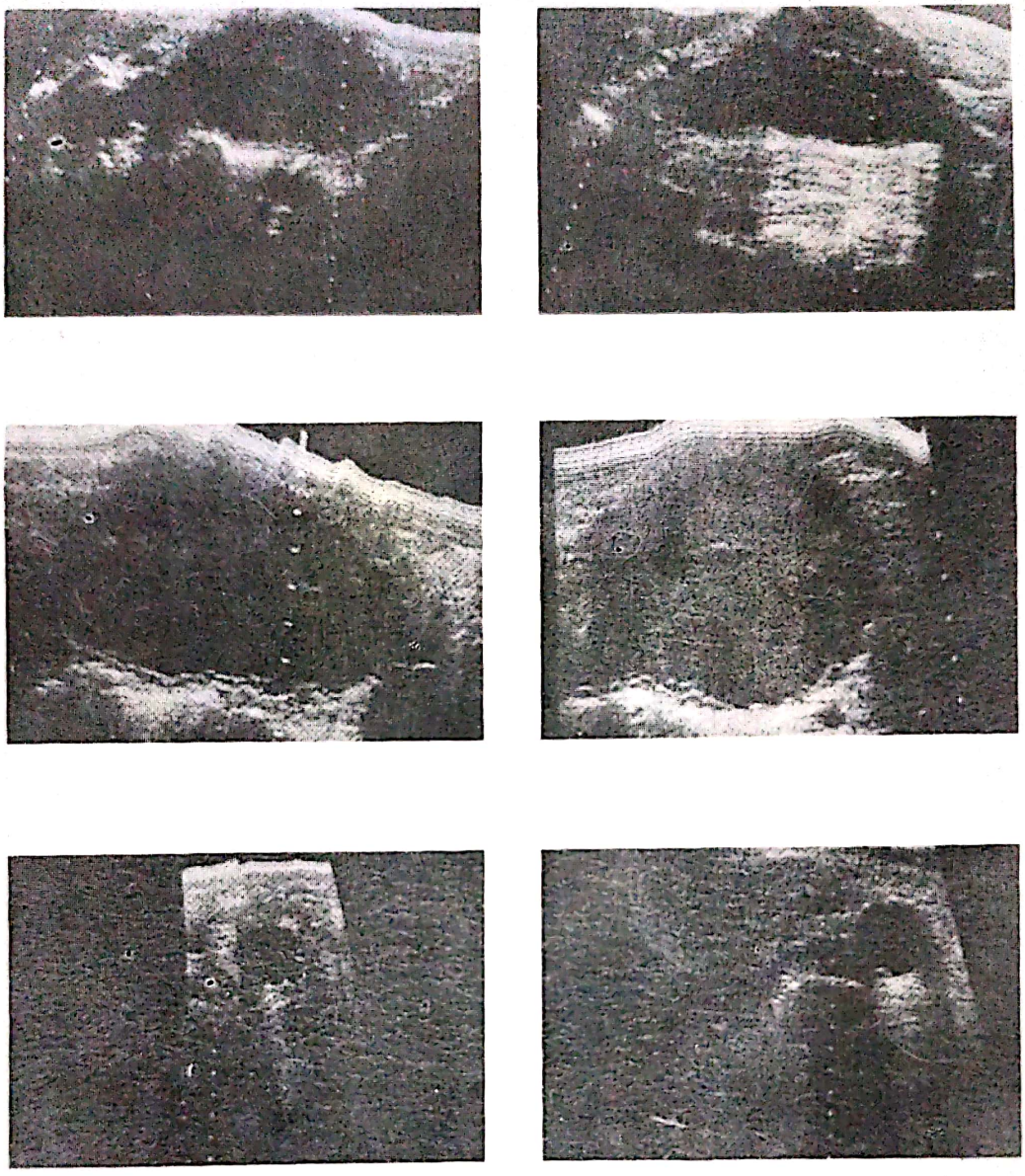
A

PLANŞA 4

Examinare ultrasonografică evidențiind colecistul în secțiune transversală (A) și longitudinală (B). De notat calculi în colecist și umbre dincolo de calculi.

B

Scanned with OKEN Scanner



PLANȘA 5

Examinare ultrasonografică evidențiind în secțiune transversală un foarte mare anevrism abdominal.

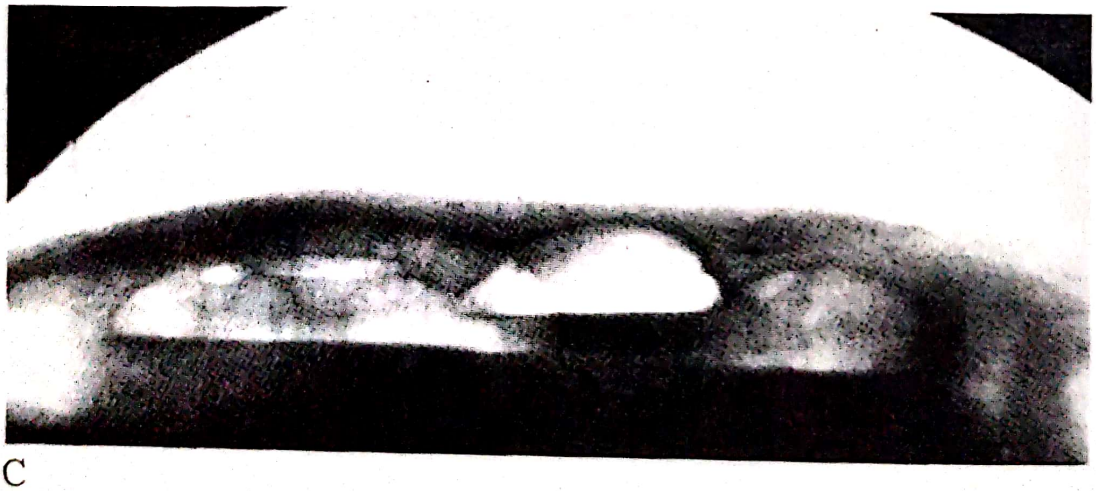
Scanned with OKEN Scanner

A

B

PLANȘA 6

Obstrucție ileală prin aderențe după 9 zile de la vindecarea herniei inghinale drepte. (A) Pacientul în poziție ortostatică. (B) Pacientul în poziție clinostatică. (C) Obstrucție ileală prin aderențe în fosa iliacă dreaptă, evidențiind valoarea radiografiei laterale cu pacientul în clinostatism; fascicul roentgen orizontal.



C

Scanned with OKEN Scanner

PLANȘA 7

Niveluri multiple de lichid în intestinul subțire într-un caz de ocluzie intestinală.

Scanned with OKEN Scanner

A

B

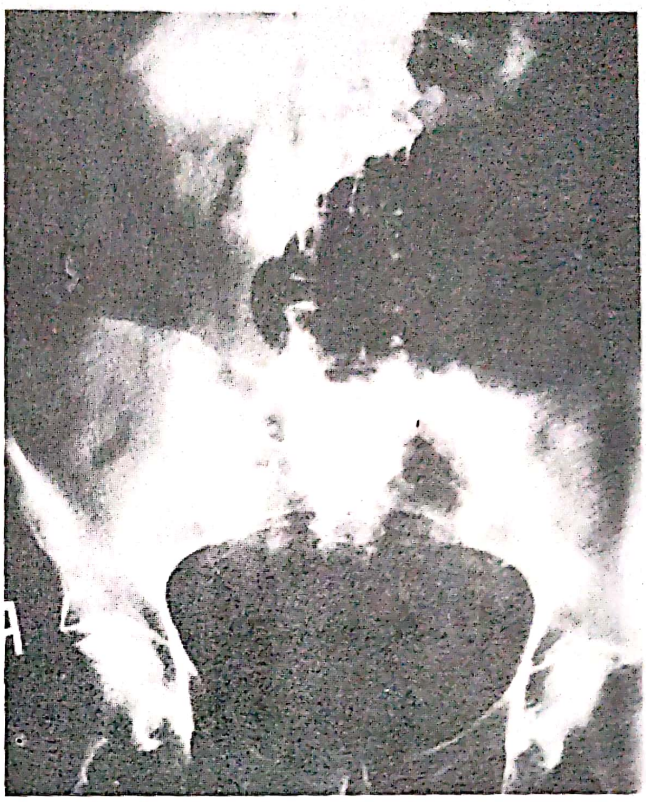
PLANȘA 8

Serii de radiografii luate în timpul administrării unei clisme baritate într-un caz de invaginație.
(A) Bariul opac și-a oprit progresia sa în colonul transvers la locul invaginației.
(B) Clisma baritată reduce invaginația și umple colonul ascendent.
(C) Invaginația a fost forțată înapoi spre cec, care este umplut cu bariu.
(D) Mai rămâne încă o mică parte din cec care nu s-a umplut cu bariu. Operația a arătat că aceasta se datorează ultimei porțiuni din invaginație care nu a fost redusă.

C

D

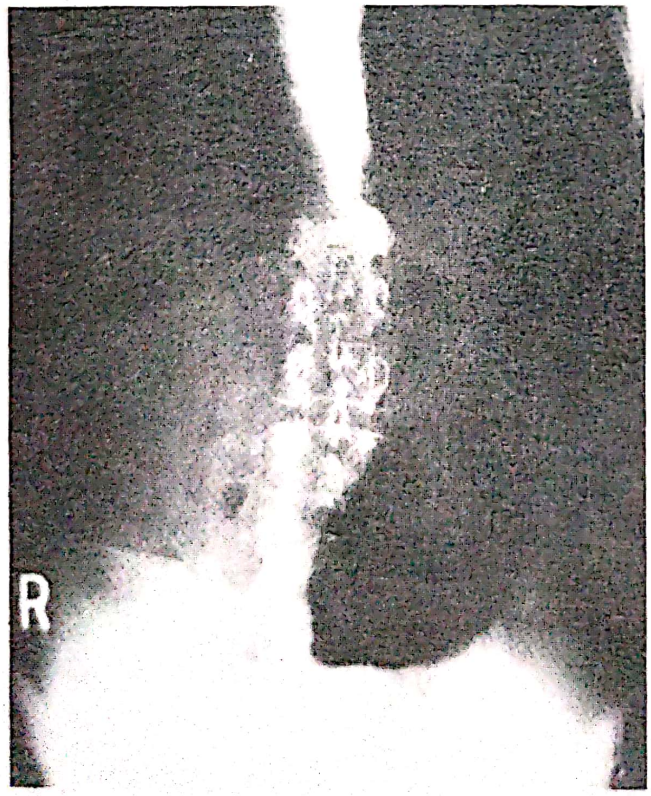
Scanned with OKEN Scanner



A

PLANȘA 9

Volvulusul ceculuí.
(A) Pacientul în poziție clinostatică. (B) Pacientul în poziție ortostatică.
De notat că cecul destins se orientează în afară de fosa iliacă dreaptă.



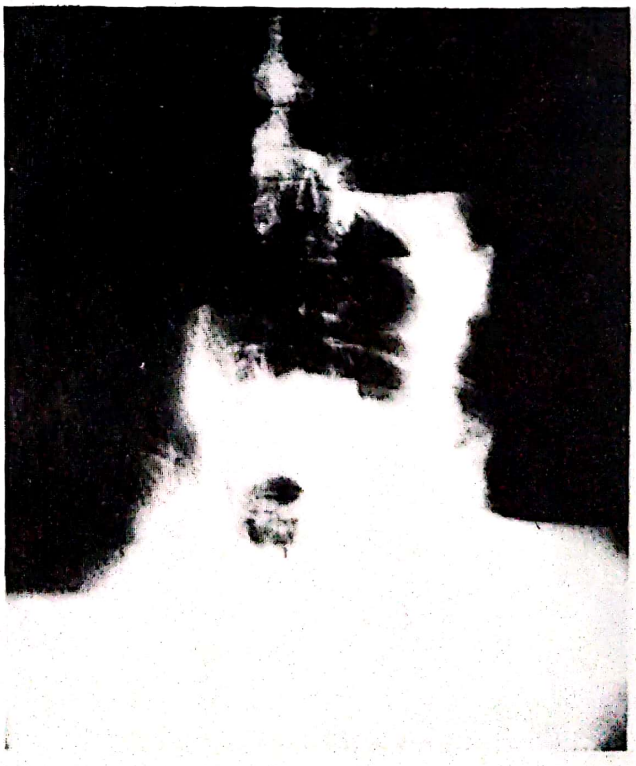
B

Scanned with OKEN Scanner

A

PLANȘA 10

Volvulusul sigmoidului.
(A) Pacientul în poziție clinostatică. (B) Pacientul în poziție ortostatică.
De notat că sigmoidul dilatat se orientează departe de fosa iliacă stângă înspre abdomenul superior. Colonul proximal față de ansa închisă a sigmoidului este, de asemenea, dilatat prin gaze.



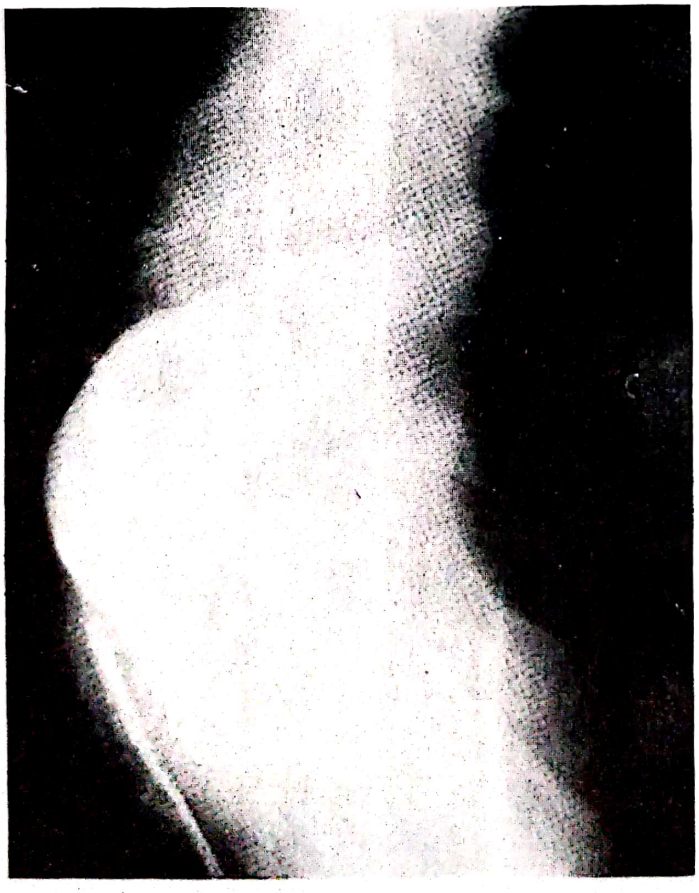
B

Scanned with OKEN Scanner

A

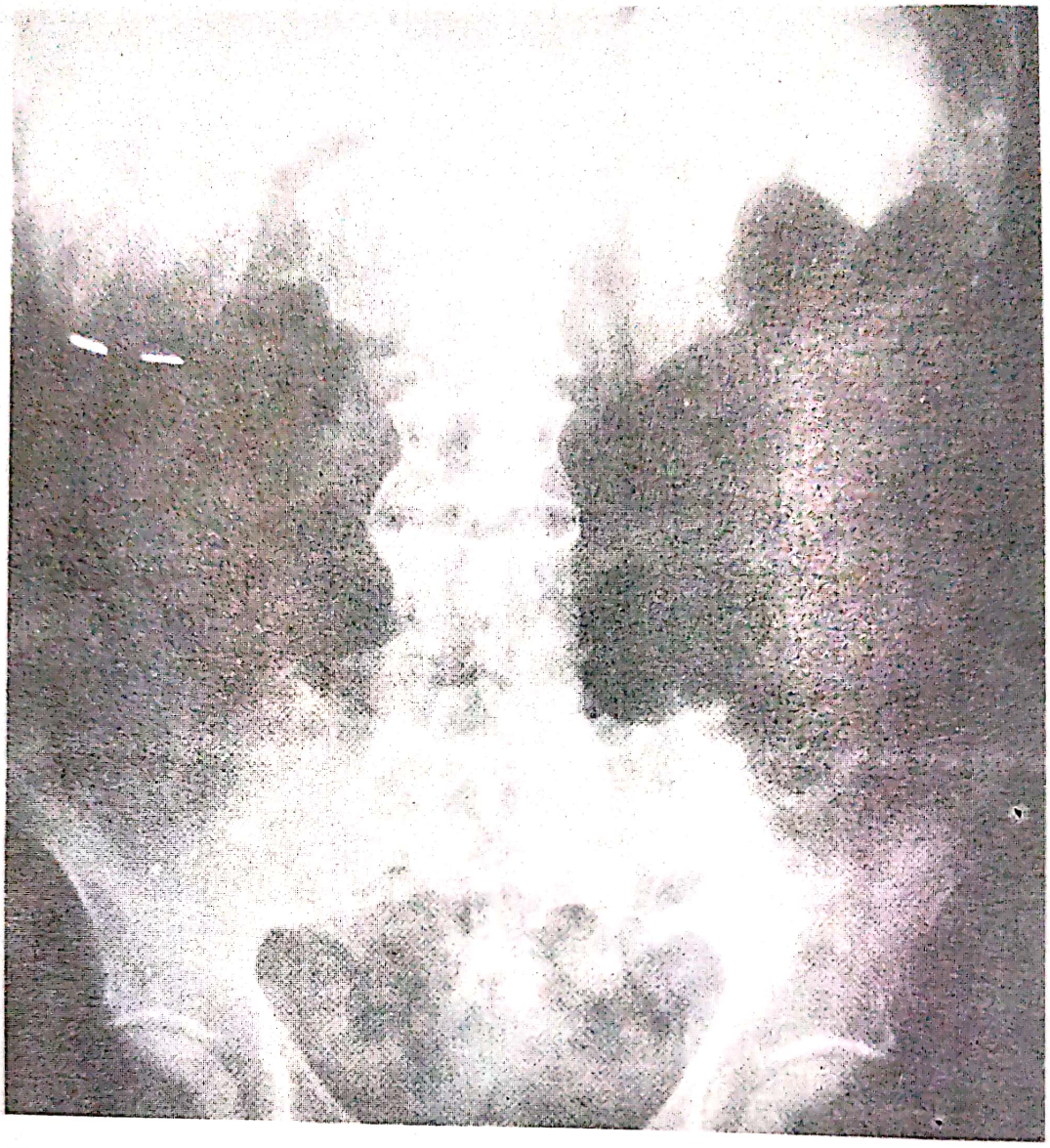
PLANŞA 11

Clisma baritată a pacientului din planşa 10.
De remarcat porţiunea terminală netedă, îngustată spre vârf, a coloanei de bariu, aşa-numita diformitate „în cioc de pasăre", caracteristică pentru un volvulus sigmoidian.



B

Scanned with OKEN Scanner



PLANȘA 12

Radiografie simplă evidențiind aer liber în arborele biliar la un pacient cu obstrucție prin calcul a ileonului.

Scanned with OKEN Scanner

A

PLANȘA 13

Obstrucția colonului printr-un carcinom de sigmoid.
(A) Pacientul în poziție clinostatică. (B) Pacientul în poziție ortostatică.
De notat distensia masivă a intestinului gros de la cec la sigmoid, unde se localiza obstrucția.
Radiografia efectuată în ortostatism evidențiază niveluri hidroaerice în colon.

B

Scanned with OKEN Scanner

PLANȘA 14

Clismă baritată evidențiind un abces pericolic și un traiect fistulos ce pornește dintr-o diverticulită sigmoidiană.

Scanned with OKEN Scanner

În anumite cazuri de colecistită acută, durerea la început este simțită în epigastru, precedând cu câteva ore schimbarea localizării durerii și a sensibilității la palpare la nivelul cadranului superior drept abdominal. Această schimbare este comparabilă cu ceea ce se întâmplă în apendicită, unde inițial durerea și sensibilitatea apar în regiunea epigastrică sau ombilicală, dar după câteva ore trec în regiunea iliacă dreaptă. Se poate conchide că orice bolnav care acuză o durere acută în epigastru și care nu este acompaniată de alte simptome locale este bine să fie din nou examinat după câteva ore.

În cazurile dificile, în care vezicula biliară nu a putut fi palpată, devine utilă efectuarea unei colangiografii i.v. sau o explorare cu radionuclid special (HIDA). Vizualizarea colecistului exclude diagnosticul de colecistită acută. Experiența recentă indică faptul că există posibilități de a demonstra prezența unor calculi în colecist prin metode ultrasonografice, ceea ce nu a fost posibil prin alte metode (planșa 4), dar gradul de distensie a colecistului este dificil de apreciat prin ultrasunete.

Cazul clinic de colecistită acută al autorului (Z.C.)

Singura criză abdominală pe care am avut-o în antecedente a fost una acută de apendicită gangrenoasă, în 1907; s-a găsit un abces gangrenos, care a fost operat și drenat. Mai târziu, bontul apendicular a fost scos cu ocazia unei alte operații.

Cu șase luni înainte de boală, am prezentat, ocazional, crize de transpirații profuze și de tahicardie, care mă trezeau din somn, dar care, de obicei, treceau în jumătate de oră. Ele nu erau acompaniate de nici o durere. Un medic consultat mi-a găsit cordul normal.

La 3 aprilie 1969 m-am trezit în jur de ora 7 a.m., am luat un mic dejun obișnuit și am fost pe picioare toată dimineața. Apoi, aproape exact la prânz, am simțit brusc o durere surdă, intensă și profundă, în mijlocul epigastrului. Mi-am pierdut complet apetitul pentru orice mâncare și m-am așezat în pat. M-am întrebat care ar putea fi cauza durerii. La început m-am gândit la o tromboză coronariană, dar pulsul era normal în toate privințele și nu existau simptome care să sprijine acest diagnostic. Atenția mea a fost apoi îndreptată spre abdomen. Am palpat partea stângă și regiunea iliacă dreaptă, fără a găsi ceva anormal. Totuși, în hipocondrul drept am avut surpriza să constat că vezicula biliară, deși în poziție normală, era rotunjită, în tensiune, tumefiată și fermă, de mărimea unei mingi de golf, dar nu era dureroasă și nici sensibilă la palpare. Această absență a sensibilității m-a făcut probabil să înlătur din minte toate gândurile mele care se îndreptau spre diagnosticarea unei colecistite acute. M-am decis să telefonez unui medic practician cu experiență, iar el s-a angajat să mă viziteze în aceeași după-amiază. Deoarece eu stăteam la pat și durerea epigastrică se atenuase, adormeam din când în când, câte puțin, la intervale neregulate, astfel că nu am avut cum să simt la palpare dacă acea tumefiere anormală a colecistului s-a modificat. Medicul a sosit mai târziu în aceeași după-amiază, mi-a examinat cu multă grijă abdomenul, dar nu a găsit nici o tumefiere anormală în zona colecistului și nici altundeva în abdomen. Aceasta m-a surprins foarte mult, dar m-am convins personal că tumefierea colecistului, pe care o simțisem înainte, a dispărut acum complet. Deoarece atât durerea, cât și tumefierea au dispărut, am convenit amândoi că nu mai era nevoie să stabilim nici o conduită specială de tratament.

Am rămas apoi liniștit și lipsit de orice durere timp de 4 sau 5 ore. Dar, pe la ora 21, am început să simt din nou dureri în hipocondrul drept, inclusiv sensibilitate la palpare în aceeași zonă. Durerea crescând în intensitate, l-am în-

Scanned with OKEN Scanner

format la telefon pe colegul meu de schimbarea survenită şi am convenit să mă viziteze din nou a doua zi dimineaţa. Această a doua vizită a avut loc la 4 aprilie. Când medicul a constatat durere şi sensibilitate în zona hipocondrului drept şi, de asemenea, o oarecare creştere a temperaturii, a chemat imediat în consult şi pe un distins chirurg. Acesta a confirmat diagnosticul de colecistită acută şi a indicat internarea mea imediată în spital. Când am ajuns acolo, diagnosticul a fost din nou confirmat de către un alt chirurg cu o vastă experienţă, indicând, la fel, intervenţia chirurgicală imediată. Operaţia a avut loc în aceeaşi seară. S-a extirpat un colecist afectat, în parte deja necrozat, şi care conţinea 15 calculi pigmentaţi. După o convalescenţă fără evenimente deosebite, am părăsit spitalul la 18 aprilie.

Comentariu

Derularea evenimentelor a fost probabil următoarea:

Infecţia bacteriană la început a atacat mucoasa, care a reacţionat printr-o secreţie copioasă de mucus, ce a dilatat viscerul colecistic şi a cauzat durerea epigastrică. Distensia acestui viscer s-ar fi putut datora inabilităţii fibrelor sale musculare prea slabe pentru a învinge fie mucusul lipicios acumulat în deschiderea strâmtă a canalului cistic, fie, probabil, chiar unui mic calcul care, temporar, a obstruat deschiderea canalului. În ambele cazuri, poziţia orizontală la pat a permis mucusului să iasă din colecist, dispărând distensia şi uşurând durerea epigastrică. În timpul celor 4 sau 5 ore de absenţă a durerii, procesul bacterian, evoluând, a penetrat încet-încet toată grosimea peretelui viscerului colecistic, după care a urmat iritaţia peritoneului parietal, manifestată prin apariţia durerii şi sensibilităţii localizate în hipocondrul drept. Stadiul următor ar fi trebuit să fie perforaţia peretelui colecistului şi peritonita difuză.

Această experienţă personală m-a învăţat, cu privire la colecistita acută, următoarele: (1) că primul simptom poate fi durerea epigastrică, (2) că primul semn poate fi un colecist destins, dar nu sensibil, (3) că, dintr-un motiv sau altul, colecistul poate apoi fi capabil să-şi expulzeze conţinutul său şi astfel să dispară atât distensia, cât şi durerea, (4) că poate să urmeze apoi o perioadă asimptomatică, de 4 sau 5 ore, pacientul simţindu-se mai bine, (5) că pentru prima oară durerea poate apărea în hipocondrul drept, rezultând o sensibilitate mărită la palparea blândă şi profundă, iar toate acestea la un loc suspicionează adevăratul diagnostic. Această secvenţialitate de fenomene trebuie reţinută şi este similară cu cea descrisă cu mulţi ani în urmă de către J. B. Murphy, dar în cazurile de apendicită acută.

Nu ştiu dacă episoadele nocturne de transpiraţie şi tahicardie ar avea vreo legătură cu prezenţa calculilor vezicali, dar semnificativ este faptul că după 1 an de la operaţie nu am mai avut niciodată astfel de episoade. În sfârşit, am mai învăţat un adevăr, şi anume semnificaţia dictonului: „nu eşti niciodată prea bătrân ca să înveţi ceva".

ANGIOCOLITA

Poate fi foarte dificil, dacă nu chiar imposibil, să deosebeşti o angiocolită, secundară unui obstacol prin calcul inclavat în canalul biliar comun, de o colecistită acută. De obicei, în primul caz reacţia generală constituţională este net mai importantă, cu febră mai mare şi adesea cu frisoane, dar cu un grad mai mic de sensibilitate locală în comparaţie cu pacienţii cu colecistită acută. Nivelul hiperbilirubinemiei tinde să fie mai scăzut la cei cu colecistită acută.

Scanned with OKEN Scanner

ULCERUL DUODENAL INFLAMAT SAU PERFORAT

În cazul unui ulcer duodenal care amenință să perforeze sau chiar a perforat, dar foarte ușor, datele clinice locale pot fi similare celor din colecistita cu peritonită locală, dar o anchetă minuțioasă privind *istoricul* bolii ar putea să deosebească aceste două afecțiuni. Durerea care survine la aproximativ două ore și jumătate după masă și care este potolită prin ingerarea unor alimente, arsura însoțită de eructații acide, episoadele de flatulență și, posibil, apariția unei melene, toate acestea oferă un tabolu clar de ulcer. Dacă timpul permite, diagnosticul de ulcer poate fi confirmat prin examinare radiologică sau prin endoscopie.

PERFORAȚIA RETROPERITONEALĂ SPONTANĂ A ULCERULUI DUODENAL

Perforația retroperitoneală a ulcerului duodenal poate fi însoțită de un colaps sever încă de la debut, dar afecțiunea se localizează rapid, ducând la sensibilitate la palpare și la tumefiere în regiunea lombară dreaptă. Țesuturile din jurul rinichiului devin edematoase, ceea ce ar induce micțiuni frecvente și chiar hematurie, cauzate de iritația pelvisului renal. Există și o durere mare la presiunea unghiului ridicător-costal. Diagnosticul este dificil, deoarece se suspicionează o afecțiune primară renală. Din fericire, o astfel de situație este foarte rară.

COLICA BILIARĂ

Colica biliară (neasociată cu inflamația colecistului) se află de obicei în antecedentele colecistitei acute. Peretele abdominal din dreptul colecistului este suplu, elastic, deși ar exista și o sensibilitate locală profundă. Durerea este de obicei iradiantă, fiind simțită în mod special în zona subscapulară dreaptă sau pe linia medie deasupra ultimei vertebre toracice. Durerea poate, de asemenea, să fie simțită în partea stângă, în care caz se manifestă ca o senzație de constricție în jurul taliei. Această senzație, când este prezentă, este foarte caracteristică pentru colica biliară. O temperatură subnormală se întâlnește mai des decât febra.

RUPTURA VEZICULEI BILIARE

Deși ruptura colecistului nu este rară, totuși este foarte rară apariția unei peritonite generalizate, deoarece perforația respectivă este de obicei foarte bine limitată ca formă de evoluție, numai spre un abces strict pericolecistic. Aceste cazuri sunt imposibil de diferențiat de colecistita acută obișnuită, exceptând preexistența acesteia din urmă, fără nici un semn de ameliorare, cu cel puțin 5 sau 6 zile înainte.

Scanned with OKEN Scanner

Odată cu ruptura spontană, liberă a colecistului sau a unuia dintre canalele biliare în cavitatea peritoneală generală, se notează de obicei apariţia unor simptome sugestive de colică biliară sau colecistită, dar cu o extensie treptată a ariei dureroase în jos, până când întregul abdomen devine sensibil; la fel, distensia intestinelor se amplifică, ceea ce face ca examinarea rectală (prin tuşeu) să demonstreze o sensibilitate deosebită. Ocazional, se poate decela şi existenţa unui lichid liber. Uneori, în istoricul debutului acut al colecistului perforat, se poate nota şi o scurtă perioadă de remisiune, de 1 sau 2 zile, a simptomelor, după care urmează o exacerbare finală a acestora, pe măsură ce peritonita se generalizează în întreg abdomenul.

HEPATITA

În hepatită există o sensibilitate globală, difuză a ficatului, inclusiv pe *aria laterală*, aşa cum ar arăta presiunea spaţiilor intercostale laterale la baza hemitoracelui drept, la fel ca şi în hipocondrul drept. Acest semn serveşte pentru diagnostic, cu excepţia acelor cazuri în care hepatita coexistă cu colecistita. De menţionat că în hepatită debutul durerii este brusc.

PLEUREZIA

În pleuropneumonia bazală dreaptă sau pleurezia diafragmatică, febra este de obicei foarte mare [104°F (40°C) sau 105°F (40,5°)], poate exista un frison iniţial, hipocondrul drept prezintă o sensibilitate superficială la presiunea degetelor, care palpează treptat regiunea subhepatică şi, în orice caz, sunt şi semne de crepitaţii fine, caracteristice, la baza plămânului drept şi pleura respectivă. Durerea de la vârful umărului drept este mult mai probabil întâlnită în pleurezia diafragmatică, decât în colecistită. Apariţia unei hemoptizii în cazurile îndoielnice ar sugera fie pneumonie, fie un infarct pulmonar.

INFARCTUL MIOCARDIC ŞI ANGINA PECTORALĂ

Colica biliară sau colecistita acută precoce reprezintă cele mai frecvente afecţiuni non-cardiace care determină internarea pacienţilor în unităţile moderne de tratament coronarian. Localizarea mediană a durerii în anumite cazuri de colică biliară, în special când apare în porţiunea superioară a epigastrului, face adesea extrem de dificil diagnosticul diferenţial cu infarctul miocardic adevărat. Electrocardiograma şi

Scanned with OKEN Scanner

modificările enzimatice din ser, dacă sunt urmărite în mod serial, pot susține diagnosticul. Am avut ocazia să nu putem fi capabili să deosebim crizele repetate de angină pectorală, mai ales când apar postprandial, de episoadele unor colici biliare. Chiar o electrocardiogramă de efort poate da greș în a face această distincție. Este suficient să menționăm că în timpul unui infarct miocardic examinarea abdomenului este de obicei normală și că oricărui pacient suspect de colecistită trebuie să i se facă, totdeauna, o electrocardiogramă.

Scanned with OKEN Scanner

11. Leziuni abdominale acute pornind din hipocondrul stâng

Leziunile care cauzează dureri în această regiune sunt, mai curând, puține la număr, astfel încât diagnosticarea lor poate fi făcută, de obicei, cu mai multă acurateţe. Hipocondrul stâng conţine fundul stomacului, splina şi vasele ei, coada pancreasului, flexura splenică a colonului şi, înapoia peritoneului, polul superior al rinichiului stâng. Porţiunea superioară a aortei abdominale se află imediat în stânga liniei mediane, în contact cu corpul primei vertebre lombare. Fiecare din aceste viscere, în anumite ocazii, ar putea produce simptome de abdomen acut.

Pancreatita acută. Pancreatita acută este una din cele mai comune cauze de producere a durerii în hipocondrul stâng, adesea apărând absolut fără nici o altă componentă epigastrică. Aceasta nu înseamnă că o astfel de prezentare a durerii este una din cele mai frecvente în pancreatită, şi de fapt nici nu este. Totuşi, dacă vom considera numai durerea localizată în hipocondrul stâng, luată izolat, atunci pancreatita este o cauză provocatoare extrem de importantă. Durerea poate iradia drept spre spate sau spre vârful omoplatului stâng. Vărsăturile şi eructaţiile sunt frecvente, dar fără să se repete prea des.

Stomacul. Ulcerele gastrice sunt rare la nivelul fundului stomacului, la fel ca şi perforaţia lor. Adesea, o perforaţie poate fi găsită în apropierea cardiei.

Splina. Ruptura splinei este frecvent cauzată de diverse traumatisme. Simptomele vor fi descrise ulterior, în acest volum.

Ruptura spontană a unei spline normale este o raritate, în timp ce o splină patologică şi mărită poate fi ruptă, producând rapid o hemoragie adesea mortală.

Infarctele splenice ar putea cauza o durere care se agravează prin respiraţie. Uneori, în aria de proiecţie a infarctului se ascultă o frecătură. Aceste infarcte sunt frecvente în anemia hemolitică drepanocitară. Ele sunt numai ocazional rezultatul găzduirii unor emboli septici în splină.

Anevrismul arteriei splenice. Într-un astfel de caz, durerea, în mod obişnuit, nu este asociată cu alte simptome abdominale, afară numai dacă a avut loc o hemoragie peritoneală severă ca urmare a rupturii anevris-

Scanned with OKEN Scanner

mului respectiv. Ruptura tinde să aibă o predilecție de apariție la femeia gravidă. Uneori, la persoanele slabe, se poate palpa anevrismul, ca o formațiune tumorală pulsatilă. Splenomegalia este, de obicei, prezentă. O radiografie abdominală simplă ar putea evidenția o calcificare inelară caracteristică, „în coajă de ou". Uneori pot fi vizualizate chiar mai multe astfel de calcificări inelare, ceea ce ar corespunde unor leziuni multiple. Arteriografia este cea care confirmă în final diagnosticul de anevrism.

Anevrismul aortei abdominale. Un astfel de anevrism, dar redus ca mărime, este extrem de greu de diagnosticat. Îmi amintesc de un pacient al cărui singur simptom era o durere constantă de-a lungul traiectului periferic al celui de-al XII-la nerv toracic. A fost examinat printr-un consult multidisciplinar: internist, neurolog, chirurg ortoped și radiolog, și nu s-a găsit nimic patologic. Apoi, pacientul a fost examinat și într-o clinică reputată, unde nu a obținut decât același rezultat negativ. Pe neașteptate însă pacientul a murit. La autopsie, cauza bolii și a singurului său simptom s-a găsit a fi un mic anevrism al aortei, care a explodat în intestin. Astăzi, ultrasonografia sau tomografia computerizată ar putea foarte bine să pună în evidență o astfel de leziune (planșa 5).

Strictura flexurii splenice a colonului prin carcinom. Această leziune poate produce o durere severă, cel mai adesea localizabilă la nivelul unghiului splenic al colonului. Acest loc presupune un contact cu peretele lateral, deosebit de sensibil, peritoneul fiind bogat inervat. Constipația este un simptom comun, iar colica intestinală poate fi severă. Diagnosticul se stabilește, de obicei, prin radiografie sau colonoscopie. Dacă substanța opacă umple unul sau mai mulți diverticuli, simptomele ar fi datorate, probabil, unei diverticulite.

PERINEFRITA ACUTĂ

O discuție asupra perinefritei cu localizare în partea dreaptă se găsește în capitolul 7. Dar, localizarea perinefritei în partea stângă este o situație mai periculoasă, aceasta, în principal, datorită unor considerente anatomice. Rinichiul drept este situat puțin mai jos decât cel stâng și, în partea dreaptă, masivul lob drept al ficatului umple hipocondrul drept, prevenind extinderea în sus a procesului perinefretic drept, în timp ce, în partea stângă, fundul stomacului, care este moale și mobil, precum și splina, care este moale, nu împiedică posibilitatea ca vreo eventuală inflamație acută (perinefrita stângă) să se extindă în sus, înspre partea superioară a diafragmului. Aici, la diafragm, se află pericolul.

În mod obișnuit, perinefrita acută nu este produsă prin extensia unei pionefroze, ci apare prin metastazarea unor bacterii septice, virulente, având ca punct de plecare un focar situat oriunde în corp (de

exemplu, un furuncul sau antrax). De obicei, germenul se instalează în spațiul retroperitoneal întins. Apare supurația și se creează condiții ca infecția să ajungă la diafragm, de unde se extinde, producând pleurezie și empiem.

Semne și simptome. Se constată febră neregulată și sensibilitate la palpare profundă în regiunea subcostală stângă. Respirația poate fi dureroasă și mai poate apărea o sensibilitate la palparea profundă a hipocondrului stâng. Dacă diafragmul ajunge să fie implicat în procesul inflamator, va apărea o sensibilitate în porțiunea posterioară a bazei hemitoracelui stâng, în care caz va fi necesar un control radiologic.

Înainte de era antibioticelor, perinefrita acută era foarte periculoasă, dar acum, în zilele noastre, aceasta poate fi prevenită deși, de regulă, drenajul chirurgical al unui abces este întotdeauna binevenit.

DIVERTICULITA JEJUNALĂ

În ultimii ani au fost publicate numeroase observații despre pacienți cu simptome de abdomen acut datorate inflamației unuia sau mai multor diverticuli jejunali. Când acești diverticuli nu sunt inflamați, nu există simptome acute, dar pacientul se plânge deseori de dureri epigastrice cu iradiere în jos, în partea stângă a abdomenului, la diferite intervale de timp după mese. Suprainfecția bacteriană, afectând aceste „bucle oarbe" intestinale, poate duce la flatulență, borborisme și diaree.

Apariția simptomelor de abdomen acut la un pacient cu antecedente caracteristice de diverticulită se datorează, de obicei, inflamației sau rupturii unui diverticul. Durerea în porțiunea superioară stângă a abdomenului, vărsăturile, rigiditatea locală și sensibilitatea la palpare sunt indicații de peritonită locală. Dacă pierderea de lichid intestinal este treptată și se formează un abces local, la palpare se poate simți o formațiune iar, uneori, se poate ajunge la o obstrucție parțială a intestinului subțire. Se poate întâmpla ca simptomele de mai sus să fie observate în partea dreaptă a abdomenului, în care caz simularea apendicitei este aproape totală.

Scanned with OKEN Scanner

12. Colicile

Adevărata colică abdominală este totdeauna provocată de o contracție peristaltică violentă a unui fragment de tub digestiv (prevăzut cu musculatură netedă, involuntară), al cărui peristaltism este, în mod obișnuit, complet nedureros. Violența contracției apare, de obicei, dintr-un efort de a depăși un obstacol care s-ar opune în calea excreției sau secreției normale. Durerea se explică prin întinderea sau dilatarea tubului, iar intensitatea ei poate fi, uneori, atât de cumplită, încât atinge maximul de suportabilitate din partea ființei umane.

Structurile tubulare, cu musculatură netedă involuntară, care pot declanșa colici sunt următoarele:

1. Stomacul și intestinele.
2. Canalele: cistic, hepatic și biliar comun și vezicula biliară.
3. Canalul pancreatic.
4. Ureterele.
5. Uterul și tubii fallopieni (trompele).

Principala caracteristică a colicii severe este durerea, cu apariția ei acută, agonizantă și *spasmodică*, ce încovoaie pacientul. Ea este asociată în diferite grade cu simptomele consecutive unei stimulări excesive a sistemului nervos simpatic, cum ar fi: paloarea sau lividitatea, pulsul slab, vărsăturile, temperatura subnormală sau răcirea suprafeței corporale. Durerea este, parțial, în legătură cu locul de origine și, parțial, cu teritoriul nervos de distribuție a segmentului din măduva spinării cu care se asociază zona afectată. Mușchii peretelui abdominal, la fel ca și mulți alți mușchi voluntari pot rămâne contractați și rigizi în timpul perioadei de maximă intensitate dureroasă, dar ei se relaxează în momentul când spasmul dureros încetează, astfel încât degetele examinatorului pot să palpeze destul de ușor cavitatea abdominală, cu toate că o anumită sensibilitate locală mai poate fi simțită la nivelul viscerului afectat.

În general, pentru diagnosticul colicii, următoarele elemente pot fi reținute ca folositoare:

1. Durerea apare, de obicei, în paroxisme, durează un timp variabil și, adesea, se însoțește și de o grimasă facială intermitentă.

Scanned with OKEN Scanner

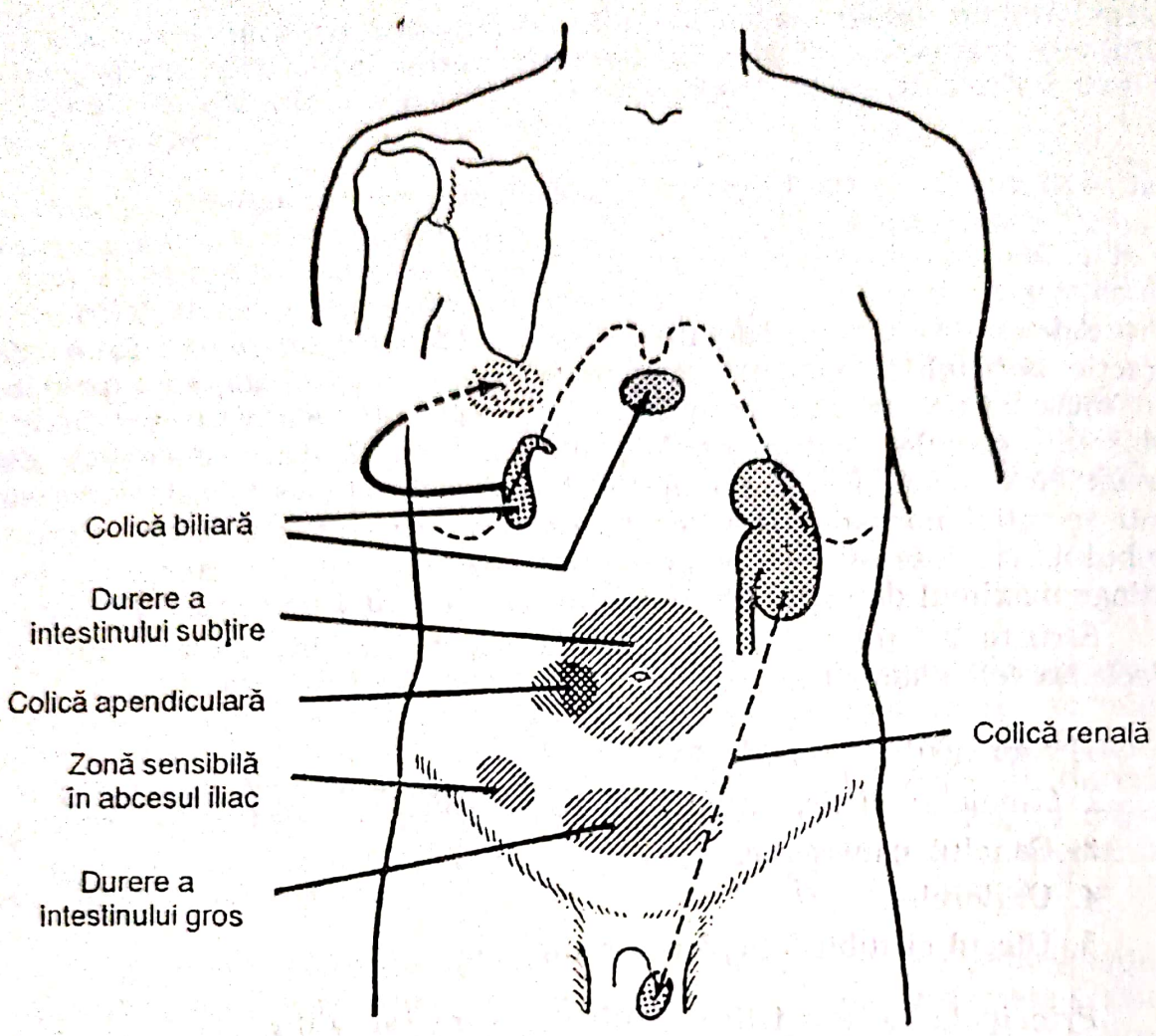


Fig. 23. Localizările mai frecvente ale durerii în diverse forme de colică (vezi, de asemenea, fig. 2).

2. În timpul colicii, pacientul este adesea neliniştit, se contorsionează, în căutarea unei poziții care să-i ușureze durerea care-l copleșește. Poziția încovoiată a corpului este frecvent adoptată în timpul perioadei dureroase.
3. Deși, uneori, peretele abdominal este rigid în timpul perioadelor paroxismului dureros, el devine suplu în intervalul dintre aceste perioade. Dacă abdomenul continuă să fie rigid și în perioadele de acalmie, se poate bănui prezența unei peritonite acute.
4. În colică, dacă se aplică o presiune, prin palpare, asupra abdomenului, uneori durerea se ameliorează, ceea ce nu se observă în alte stări abdominale acute.
5. În multe colici, distribuția durerii este aproape patognomonică (fig. 23).

Scanned with OKEN Scanner

COLICA INTESTINALĂ

Colica intestinului subțire este uneori cauzată de enterită. Durerea este mai severă în cazurile de obstrucție organică a intestinului subțire. Durerea acută și chinuitoare apare în epigastru sau în regiunea ombilicală. Ea este însoțită uneori de zone locale de distensie, unde pot fi auzite anumite zgomote, ca niște gâlgâituri, și care pot fi simțite și prin palpare manuală. Vărsăturile sunt frecvente. Peristaltismul exagerat poate fi văzut, ocazional, chiar prin peretele abdominal, auscultația zonei respective decelând unele borborisme. În general, în caz de enterită, durerea poate, curând după apariție, să fie urmată de diaree, ceea ce oferă cheia cauzei durerii. Dacă durerea este datorată unei obstrucții intestinale organice, episoadele colicative se succed, la un interval de timp, până când va apărea criza finală majoră de ocluzie intestinală acută. Dacă durerea severă este considerată a fi produsă de o colică intestinală și dacă persistă mai mult de 3—4 ore, se realizează o situație care reclamă, de regulă, necesitatea unei intervenții chirurgicale.

Colica saturnină este o formă specială de colică a intestinului subțire, acompaniată de constipație și în care durerea și colapsul pot fi extrem de severe. În timpul spasmelor dureroase, peretele abdominal poate fi rigid. Sunt prezente și alte semne sau simptome caracteristice pentru intoxicația cu plumb (o dungă albăstruie pe gingii, constipație severă, paralizii locale etc.).

Colica intestinului gros este foarte frecventă, dar durerea cauzată de intestinul gros atinge foarte rar bruschețea și severitatea celei din colica intestinului subțire. Durerea este resimțită mai ales în hipogastru. Cauzele ei sunt: constipația severă datorată unor masse de fecaloame întărite, colita sau dizenteria, sau unele forme de stricturi ale intestinului gros, de obicei de natură carcinomatoasă. Durerea în colon este adesea localizată cu mai multă acuratețe de către pacientul însuși, decât ar putea fi o durere colicativă a intestinului subțire.

Diagnostic. În indiferent ce caz de colică intestinală, diagnosticul este mult facilitat de către anamneză. În adevăr, istoricul consumării unui aliment alterat sau informații că simptome similare au apărut și la alți membri ai familiei ori, eventual, la un pictor de meserie, precum și explicația dată despre unele crize de dizenterie în antecedente, toate acestea pot arunca o lumină considerabilă asupra problemei de elucidat. Obținând o anamneză corectă, ar fi de asemenea posibil să se excludă o colică apendiculară. Apariția diareei exclude, de obicei, posibilitatea unei ocluzii intestinale, dar, ar fi de reamintit că scaune moi apar uneori în cazuri de obstrucție PARȚIALĂ sau în cazul unui apendice pelvin inflamat. O peritonită locală sau difuză poate fi exclusă prin notarea absenței rigidității odată cu dispariția durerii sau prin atenuarea intensității durerii atunci când se apasă ușor pe abdomen ori, în fine, când lipsește sensibilitatea dureroasă a peritoneului pelvin.

Dacă crizele colicative ale intestinului subțire reapar din timp în timp și duc la scădere în greutate, atunci posibilitatea unei obstrucții

Scanned with OKEN Scanner

organice (prin aderențe, stricturi, TBC sau neoplasme) trebuie neapărat să fie luată în considerație și, de asemenea, nu este bine să se întârzie prea mult în luarea deciziei de a recomanda o examinare radiografică a tractului intestinal.

În mod similar, când există crize repetate de distensie a intestinului gros, acompaniate de colici și constipație, este bine să se suspecteze un carcinom sau o strictură a colonului ori a rectului, iar precizarea diagnosticului, prin procedee adecvate, trebuie cât mai repede obținută (vezi capitolul 13).

„COLICA" BILIARĂ

„Colica biliară poate fi cauzată de un mic calcul care încearcă să treacă prin canalul cistic, canalul hepatic sau canalul biliar comun. Deoarece aceste structuri au aceeași inervație segmentală, *este adesea imposibil să deosebim durerea produsă de un calcul localizat în canalul cistic de cea cauzată de un calcul inclavat în canalul biliar comun,* cu excepția urmăririi în timp a evoluției evenimentelor (vezi capitolul 11). *Termenul de „colică" biliară este în mod esențial impropriu, deoarece durerea care ia naștere din trecerea unui calcul biliar este continuă și nu paroxistică.* Durerea rezultă din distensia arborelui biliar și, deoarece peretele muscular al colecistului și în special cel al canalelor biliare sunt slab reprezentate, nu vor apărea, în general, contracții intermitente puternice, paroxistice. *Neaprecierea caracterului aproape totdeauna constant al durerii din „colica" biliară va duce la multe greșeli de diagnostic.* Locul aproape cel mai obișnuit unde se formează un calcul biliar este colecistul; „colica" biliară este determinată, cel mai adesea, de un calcul care migrează prin canalul cistic. Calculii mari, din cauza dimensiunii lor, nu pot să intre printr-un canal strâmt, cum este canalul cistic. Dacă totuși ei devin simptomatici, aceasta se întâmplă prin ulcerarea sau fistulizarea treptată fie în prima sau a doua porțiune a duodenului, fie la nivelul flexurii hepatice a colonului, prin urmare cauzând o ocluzie intestinală acută sau subacută. Calculii localizați în canalul biliar comun, în mod obișnuit, duc la icter prin obstrucție.

În general, s-a observat că apariția „colicii" biliare este mai frecventă în timpul nopții decât ziua. Acest fapt poate fi, parțial, datorat poziției anatomice a colecistului. Ziua, prin poziția verticală a corpului, colecistul va fi tot în poziție verticală, cu baza situată în jos, iar deschiderea spre canalul cistic, în sus. În această situație din timpul zilei, orice calcul va cădea în jos, la baza colecistului. În schimb, în timpul nopții, când pacientul stă culcat în pat, colecistul va lua, de asemenea, o poziție orizontală, astfel încât calculii, sau cel puțin unii dintre ei, vor ocupa un loc mai apropiat de deschiderea spre canalul cistic.

Când calculii biliari sunt prezenți în colecist, o cantitate mai mare de alimente grase consumată la masa de seară ar putea declanșa, în timpul nopții, o criză de „colică" biliară, printr-un flux mărit de secreție

Scanned with OKEN Scanner

de bilă proaspătă, care în procesul de digestie, prin golirea colecistului, ar antrena mișcarea unui calcul mic din canalul cistic.

Odată ce un calcul a intrat în canalul cistic, el poate să-și continue migrarea, ajungând să intre în canalul biliar comun sau chiar mai departe, în duoden, și atunci „colica" va înceta. Dacă, totuși, calculul nu ajunge să intre în duoden și se oprește în canalul cistic sau în canalul biliar comun, atunci pacientul va fi expus la crize de „colică" biliară atât în timpul zilei, cât și al nopții.

Durerea variază considerabil în intensitate în funcție de dificultatea pe care o întâlnește calculul în traversarea canalelor. De obicei, durerea este bruscă în apariție și severă în intensitate. Vărsăturile sunt frecvente, iar colapsul poate fi atât de sever, încât medicul consideră starea bolnavului a fi *in extremis*. În general, pacientul se zvârcolește, în agonie, în mare suferință, dar uneori, în cele mai grave cazuri, el poate să zacă în pat liniștit, cu un facies slăbit și palid, cu extremități reci și pulsul slab. Durerea este simțită:

1. În hipocondrul drept, care este de obicei sensibil la palpare.
2. Foarte adesea pe linia mediană a epigastrului, într-o zonă foarte clar limitată.
3. Sub unghiul inferior al omoplatului drept.
4. Uneori, durerea iradiază direct spre ultima vertebră toracală.
5. Ocazional, la aceleași niveluri, dar de cealaltă parte a corpului.
6. Foarte rar se poate simți în zona acromionului drept și în regiunile cervicale inferioare.

Localizarea obișnuită a durerii se suprapune cu teritoriul de distribuție a nervilor din segmentele dorsale VIII și IX ale măduvei spinării.

Diagnostic. Acesta este uneori ușor de stabilit ținând seama de intensitatea și distribuția durerii, precum și de absența rigidității abdominale locale concomitent cu dispariția durerii. *Atunci când rigiditatea persistă* în hipocondrul drept, se presupune existența unei colecistite sau a unei *peritonite localizate*. Un ulcer duodenal inflamat sau chiar un ulcer perforat cauzează, de asemenea, aceeași rigiditate persistentă, dar pentru diagnosticarea ulcerului pledează o anamneză sugestivă a acestei condiții (vezi capitolul 8). Durerea abdominală în cazul porfiriei acute poate să fie greșit diagnosticată ca o „colică" biliară.

COLICA RENALĂ

Colica renală este provocată de trecerea unui mic calcul, a unei porțiuni de cheag, a unui puroi îngroșat, a unor cristale de oxalat ori reziduuri de acid uric care au descins în ureter sau de impactul unui calcul în pelvisul renal precum și, mai rar, de răsucirea neașteptată a joncțiunii ureteropelvine în cazul unui rinichi exagerat de mobil. Uneori, dar în nici un caz nu întotdeauna, colica renală este însoțită sau urmată de hematurie.

Scanned with OKEN Scanner

Simptomele sunt de obicei caracteristice: pacientul este cuprins de o durere bruscă începând din regiunea lombară și adesea iradiind spre testicul sau regiunea inghinală de aceeași parte, iar la femeie, înspre vulvă. În anumite cazuri, există o hiperestezie superficială extinsă a peretelui abdominal, anterior sau posterior. În cazurile foarte severe se notează o agitație puternică. Vărsăturile sunt frecvente. Se mai observă micțiuni frecvente și dureroase. Hematuria poate să însoțească durerea sau să-i succeadă. Colica renală la bărbați nu iradiază întotdeauna spre testicul și trebuie să ne amintim că, uneori, și o durere ce pornește de la o inflamație a apendicelui poate să iradieze spre testicul.

În unele cazuri, durerea este continuă și nu este paroxistică. În astfel de situații, distribuția durerii ajută la punerea diagnosticului.

Diagnostic. Distribuția durerii este caracteristică și examinarea locală a regiunilor lombare poate revela un rinichi sensibil și posibil mărit. Radiografia renală simplă poate evidenția prezența unui calcul, dar există multe cazuri de colică renală în care nici un calcul nu a fost vizibil pe o astfel de radiografie, deși ulterior bolnavul a eliminat totuși o mică piatră. În mod frecvent, colicile ureterale minore au fost greșit diagnosticate drept colici apendiculare, mai ales dacă radiografia simplă a fost negativă în privința decelării unui mic calcul. În aceste situații, diagnosticul, de regulă, poate fi pus prin pielografie intravenoasă.

COLICA UTERINĂ, DISMENOREEA

Durerea cauzată de uter în încercările sale de a elimina fie un făt, un polip, un rest de material membranos sau chiar un cheag de sânge poate să fie uneori foarte severă. Ea este simțită îndeosebi în regiunea lombară inferioară, dar, în cazurile în care este foarte accentuată, poate să iradieze în jos înspre coapse și deasupra șoldurilor. Eructațiile și vărsăturile sunt prezente.

Dismenoreea spasmodică poate face ca pacienta să se zvârcolească de durere. Dacă, în cazul oricărei dureri abdominale la femeie, clinicianul are obiceiul de a se informa despre istoricul ciclului menstrual și dacă examenul ginecologic al uterului nu găsește nimic deosebit ca să explice dismenoreea spasmodică vaginală sau pelvină (cu excepția, poate, a observării unui orificiu extrem de mic, reprezentând porțiunea externă a canalului cervical uterin precum și un col uterin, de asemenea, foarte mic), nu ar exista practic nici o dificultate de diagnosticare.

COLICA GASTRICĂ

Există crize acute de dureri puternice, de natură colicativă, localizate în epigastru, care apar uneori la cei care suferă de stenoză pilorică din cauza unui ulcer sau neoplasm, dar această situație, în mod surprin-

Scanned with OKEN Scanner

zător, este destul de rară. De fapt, *o obstrucție severă a evacuării gastrice, în mod obișnuit, nu poate da naștere la nici o durere (deși ulcerul implicat cauzal poate).* Colica gastrică, probabil, nu este frecventă, deoarece debutul obstrucției de obicei este insidios, iar decompensarea musculaturii antrale survine treptat. În astfel de cazuri, unda peristaltică poate, adesea, să fie văzută deplasându-se din partea stângă spre partea dreaptă a pacientului, iar schița de dilatare a stomacului poate fi ușor observată prin peretele abdominal. Durerea este simțită în teritoriul de distribuție a celui de-al X-lea segment dorsal al măduvei spinării, mai ales în partea stângă.

O durere severă poate, ocazional, să fie declanșată de o hemoragie apărută pe neașteptate în stomac. În astfel de cazuri, de obicei, există în anamneză un istoric care sugerează un ulcer gastric. Dacă durerea este deosebit de mare, la care se adaugă colapsul și sensibilitatea dureroasă în epigastru, s-ar putea orienta diagnosticul spre ocluzie intestinală sau perforație gastrică. Dar, o anemie apărută brusc, vomitarea unui sânge deja alterat (care apare uneori, dar nu totdeauna), precum și un perete abdominal lax sunt elemente cheie pentru decelarea unui diagnostic corect.

„COLICA" PANCREATICĂ

Obstrucția canalului Wirsung poate da naștere unei dureri severe, care, uneori, iradiază spre umărul stâng. Această durere este aproape întotdeauna mai curând continuă, decât paroxistică, și se accentuează prin ingerare de alimente. Astfel, ca și în cazul „colicii“ biliare, termenul de „colică“ pancreatică este impropriu. Durerea rezultă din cauza distensiei canalelor pancreatice, care nu au prea multă musculatură. De aceea, contracții puternice ale canalelor biliare sau ale canalelor pancreatice nu au fost niciodată observate, fie radiologic, fie la operație, în contrast cu contracțiile puternice ale ureterelor sau ale intestinului subțire.

Scanned with OKEN Scanner

13. Ocluzia intestinală acută

Ocluzia acută a intestinului sub formă de hernie strangulată este una dintre cele mai frecvente situații de urgență abdominală trimise unui chirurg pentru rezolvare operatorie, în timp ce ocluzia însoțită de simptome similare, dar datorate unor cauze interne mai puțin evidente decât tumefierea hernială externă, face parte dintre ultimele cazuri de urgență abdominală trimise de internist către chirurg. Dacă ar exista vreo stare de urgență în care un diagnostic și un tratament operator precoce, precum și evitarea oricăror încercări de temporizare ar fi elemente ce se impun obligator, aceea este ocluzia intestinală acută.

Patologia și cauzele ei sunt probleme mult prea mari pentru a fi discutate eficient și pe larg într-o carte de format redus, ca cea prezentă. Ne vom ocupa aici numai de cauzele obișnuite și de principalele tipuri de ocluzii care necesită să fie diagnosticate. Nu este întotdeauna esențial în diagnostic să cunoști exact cauza obstrucției, deși ar trebui făcute toate eforturile pentru a stabili cu maximă acuratețe acest aspect etiologic. Este foarte util de a cunoaște proporția diferitelor cazuri datorate principalelor cauze patologice ale ocluziei. Lista de mai jos este o compilație a tuturor cauzelor de ocluzie intestinală (indiferent dacă se referă la intestinul gros sau subțire), publicate în 13 articole și însumând în total 12 731 de pacienți. Distribuția etiologiilor este prezentată procentual în mod separat pentru adulți și pentru copii. În aceste date *nu* sunt cuprinse cazurile publicate în regiunile tropicale.

Adulți		*Copii*	
Hernie	41%	Hernie	38%
Aderențe	29%	Stenoză pilorică	15%
Invaginație	12%	Invaginație ileocecală	15%
Cancer	10%	Atrezii și pancreas inelar	14%
Volvulus	4%	Aderențe	7%
Diferite	4%	Diferite	11%

Când intestinul este obstruat în mod complet, evoluția bolii este inevitabil fatală, în afară de cazul în care ocluzia este înlăturată prin:

1. Corectarea spontană a stării de ocluzie — eventualitate foarte rară.

Scanned with OKEN Scanner

2. Formarea unei fistule fecale la exterior.
3. Intervenţia chirurgicală.
4. Introducerea unei sonde intestinale lungi.

Aproape întotdeauna este de recomandat cea de-a treia metodă. Ultima metodă, utilizarea unei sonde intestinale lungi, este folositoare şi sigură, dar numai în anumite circumstanţe. Atât timp cât obstrucţia este *completă*, excluderea prin operaţie a strangulării este de fapt imposibilă (vezi mai jos). Deci, intubaţia intestinală este recomandabilă numai în cazurile de obstrucţie *parţială* a intestinului subţire, în special în perioada postoperatorie precoce sau după o criză recentă de peritonită. Până nu de mult, mortalitatea postoperatorie era mare în cazurile de ocluzie intestinală (excluzând herniile strangulate), dar, în timpul ultimelor două decade, au fost obţinute rezultate mai bune. Dezideratul principal este diagnosticarea precoce a cazului. Sunt puţine cazurile de ocluzie intestinală care nu pot fi remediate sau uşurate dacă pacientul a ajuns la chirurg în primele 12 ore de la apariţia simptomelor.

Ocluzia intestinală poate să existe sub o formă cronică sau subacută pentru o perioadă considerabilă de timp înainte de a surveni criza acută. În forma cronică, simptomele sunt similare celor din criza acută, dar diferite ca intensitate. Ocluzia cronică, dacă nu este corectată, mai devreme sau mai târziu se termină cu o criză acută.

Simptome

Este bine ca întotdeauna ocluzia intestinală să fie privită în mod serios, dar, de la început, trebuie să subliniem două aspecte: în primul rând, variabilitatea simptomelor după locul şi cauza ocluziei, iar în al doilea rând, natura înşelătoare a simptomelor, dacă ele nu sunt analizate cu discernământ de către medicul observator. Este adevărat că, în general, cu cât ocluzia este mai sus situată la nivelul intestinului, cu atât şi simptomele vor fi mai severe. În adevăr, ar fi la fel de posibil să se aprecieze care parte a intestinului este afectată de obstrucţie, luând în consideraţie simptomele. Cazurile de ocluzie intestinală pot fi împărţite, în linii mari, în trei grupuri, în funcţie de nivelul localizării, şi anume: (1) la nivelul superior al intestinului subţire, (2) la nivelul inferior al intestinului subţire sau (3) la nivelul intestinului gros. Vom lua, pe rând, în discuţie simptomele şi semnele generale ale ocluziei intestinale acute.

Simptomele generale ale ocluziei intestinale acute

Durerea	Distensia abdomenului
Vărsăturile	Sensibilitatea abdomenului
Constipaţia (imposibilitatea tranzitului de gaze şi fecale)	Peristaltismul vizibil
	Starea de şoc

Scanned with OKEN Scanner

Aceste simptome și semne sunt rar prezente, dacă nu cumva niciodată, toate în același timp. Valoarea fiecărui simptom va fi discutată în cele ce urmează.

Durerea. Încă de la început, durerea este adesea foarte severă. Ea este localizată în epigastru și regiunea ombilicală sau, uneori, în hipogastru. De cele mai multe ori, ea apare paroxistic, în crize sau spasme. Dacă însă este implicat un segment considerabil de mezenter sau dacă a survenit o peritonită, durerea poate fi continuă. Durerea spasmodică este datorată peristaltismului intestinal în încercarea de a depăși obstrucția. Acest mecanism poate fi ușor demonstrat în timpul examinării unei invaginații, la copil, când o formațiune tumorală moale poate fi simțită, la palpare, cum se întărește exact înainte de țipătul copilului. Cu cât este mai înaltă localizarea ei în intestin, cu atât intensitatea tinde să fie mai mare.

Vărsăturile. Ele sunt aproape nelipsite, dar foarte variate, în funcție de forma clinică. Cu cât ocluzia intestinală este mai sus situată, cu atât vărsăturile se vor instala mai devreme, iar regurgitația va fi mai violentă. *În ocluzia intestinului gros,* vărsăturile pot fi absente, dar greața și anorexia sunt obișnuite. În vărsătura din ocluzie, la început se elimină conținutul stomacului, apoi apare un material bilios verzui; în sfârșit, dacă obstrucția este joasă, spre capătul distal al intestinului subțire, culoarea se schimbă, devenind galbenă sau verzui-brună și fecaloidă. O vărsătură fecaloidă, în absența peritonitei, pledează pentru diagnosticul de ocluzie intestinală, deși ar putea fi privită ca un simptom tardiv al acestei afecțiuni. O vărsătură fecaloidă semnifică aproape întotdeauna o ocluzie joasă a intestinului subțire; ocazional, este asociată și cu ocluzia colonică, dar numai dacă valva ileocecală este incompetentă. De reținut, deci, că natura conținutului vărsăturii urmează să fie urmărită cu multă grijă, așa încât materialul vomitat nu trebuie niciodată aruncat înainte de a fi văzut de medicul curant. Adevărata vărsătură fecală este rară și se poate observa numai dacă între colon și stomac există o comunicare, dar și acest caz este foarte rar.

Constipația. Constipația și stagnarea flatusului sunt simptome ale ocluziei intestinale, dar nu întotdeauna evidente de la început. Este clar faptul că nici un conținut nu mai poate să treacă prin zona astupată, dar, dincolo de acest obstacol, intestinul mai are încă un conținut care urmează să fie golit, astfel încât, pentru un timp, se mai pot nota câteva, puține, scaune reziduale. Imediat însă după ce golirea completă a intestinului distal s-a realizat (fie pe cale naturală, fie prin clismă), trecerea fecalelor și a flatusului se va opri și se va instala constipația. Există multe cazuri acute de ocluzie în care constipația ar trebui să fie privită mai curând ca o sechelă decât ca un simptom, deoarece s-ar putea pierde un timp prețios așteptând fie să se deschidă intestinele, fie să se demonstreze că există obstrucție. Este de reținut că, *dacă sunt prezente și celelalte simptome de ocluzie intestinală, nu este înțelept să se aș-*

tepte 12 sau 24 de ore pentru a demonstra existența constipației. Trebuie reamintit și faptul că în invaginația acută există, ocazional, o obstrucție incompletă, astfel încât un oarecare material fecal, de culoare brună sau galbenă, însoțit de sânge și mucus, poate trece prin anus.

Distensia abdominală. Apariția distensiei abdominale este de obicei tardivă în cazurile acute sau în cele în care partea de sus, proximală, a intestinului subțire este afectată. Totdeauna însă, mai devreme sau mai târziu, ea va fi evidentă. În ocluzia intestinului gros, precum și în cea a capătului distal al intestinului subțire, distensia poate fi sesizată atunci când simptomele au devenit suficient de acute pentru a atrage atenția bolnavului. În adevăr, atât timp cât durerea și vărsăturile nu au fost prea puternice, s-a permis, în aceste cazuri, ca distensia să progreseze, fără a i se acorda o atenție specială.

La început, distensia poate fi numai locală, datorită unei anse intestinale încolăcite imediat deasupra obstrucției. În unele cazuri, când o examinare clinică obișnuită nu pune în evidență nici o distensie clară, o radiografie abdominală poate releva distensia locală a intestinului. În ocluzia ileonului distal, poate fi observată la început o distensie locală în hipogastru, iar, în cazul unui volvulus de sigmoid, o schiță de ansă sigmoidiană afectată poate fi, de asemenea, ieșită în afară, foarte distinct reliefată pe tegumentul abdominal. În ocluzia joasă, subacută sau parțială a porțiunii terminale a intestinului subțire, distensia progresează în mod gradat, afectând pe rând segmentele intestinale, ansă după ansă, astfel încât pacientul ajunge la medic *cu simptome de ocluzie acută, cu distensie tipică, „în scară"*, net vizibilă pe abdomen (fig. 24).

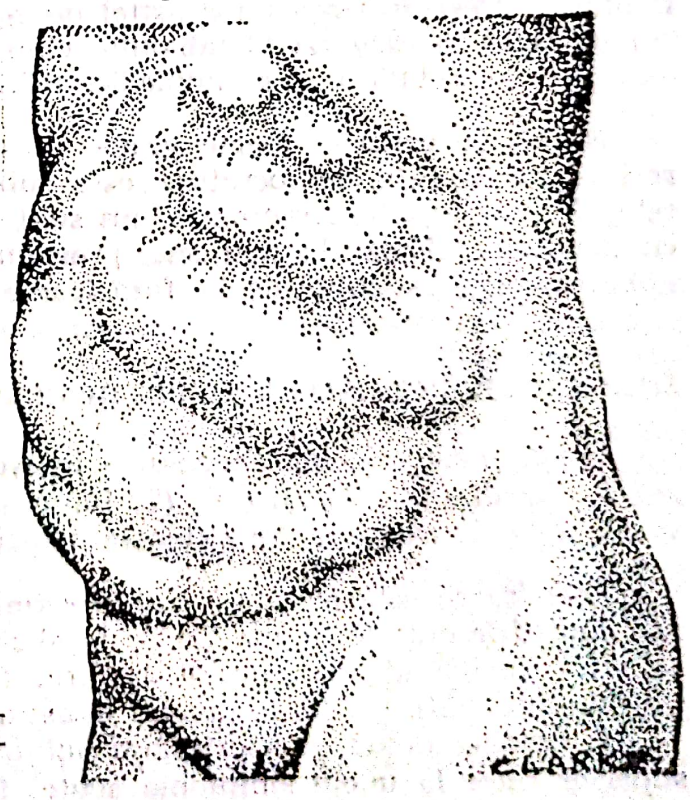


Fig. 24. Modelul „în scară" al distensiei abdominale (indicând ocluzia ileonului inferior).

Scanned with OKEN Scanner

Sensibiltatea. Sensibilitatea dureroasă la palparea abdomenului nu se întâlnește, de obicei, până nu apare distensia. În general, presiunea exercitată prin palparea unei anse intestinale dilatate este dureroasă. O ansă a intestinului subțire complet strangulată devine rapid dilatată, în tensiune și cu sensibilitate dureroasă la presiune. În ultimele stadii de ocluzie, când a apărut și peritonita, durerea se generalizează, cuprinzând tot abdomenul. *Rigiditatea* peretului abdominal este neobișnuită, cu excepția acelor cazuri de ocluzie în care există o peritonită locală în conexiune cu o porțiune obstruată sau strangulată de intestin. În ocluzia intestinului subțire, se poate aprecia o formațiune palpabilă, în prezența unei bucle intestinale strangulate și închise.

Peristaltismul. Peristaltismul vizibil nu este un semn însoțitor constant al ocluziei dar, când este prezent, poate ajuta la precizarea diagnosticului, cu excepția câtorva persoane foarte slabe, unde mișcările peristaltice normale ale intestinelor pot fi văzute prin peretele abdominal. În general, peristaltismul nu se observă în cazurile foarte acute de strangulare, dar, în schimb, în ocluzia subacută se vede mult mai frecvent, fiind considerat ca foarte valoros pentru diagnostic. În unele cazuri, peristaltismul este însoțit de niște zgomote caracteristice (ca niște gâlgâituri) care, ocazional, pot fi auzite la nivelul trecerii gazelor prin porțiunea strâmtă a intestinului. Dacă se aplică pe abdomen un stetoscop, chiar în timpul unei crize dureroase, ar fi posibil să se audă astfel de sunete cauzate de lichidul intestinal care trece prin locul strâmtat al obstrucției sub presiunea undei peristaltice. Totuși, când distensia este mare, sau dacă s-a menținut prezentă un timp oarecare, abdomenul poate fi liniștit. Deși afluența unor astfel de zgomote ascuțite ajută diagnosticul în cazul în care restul tabloului clinic indică ocluzia intestinală, absența lor nu trebuie însă să împiedice mâna chirurgului să-și facă datoria.

Șocul. În cazurile foarte grave, pulsul este slab, tegumentele sunt reci și transpirate, temperatura este subnormală și pupilele sunt dilatate, dar, de regulă, simptomele nu sunt atât de severe. Adevăratul șoc, cu simptomatologia de mai sus, presupune o întârziere prea mare în stabilirea diagnosticului, deci o fază foarte tardivă a ocluziei.

SIMPTOMELE DIFERITELOR TIPURI DE OCLUZIE

Simptomele crizelor de ocluzie intestinală sunt variabile în funcție de: (1) localizarea obstrucției, (2) implicarea sau nu a mezenterului cu vasele sale de sânge și (3) extensia ocluziei, dacă este sau nu completă.

Localizarea ocluziei la nivelul intestinului. Simptomele datorate ocluziei sunt diferențiate în funcție de localizarea ei, și anume: (1) la nivelul superior (înalt) al intestinului subțire, (2) la nivelul inferior (jos) al intestinului subțire și (3) la nivelul intestinului gros.

1. *Ocluzia înaltă a intestinului subțire.* Ocluzia la nivelul intestinal superior duce la unele simptome acute: foarte precoce apar vărsăturile,

Scanned with OKEN Scanner

care se mențin frecvente și violente, durerea inițială este puternică, în schimb distensia nu este un simptom timpuriu, apărând mai târziu. Conținutul vărsăturilor este verde și bilios. Astfel de simptome sunt, în mod caracteristic, observate atunci când un calcul mare din colecist ulcerează în duoden. Ocluzia duodenului printr-un ulcer cicatrizat poate, câteodată, să se acutizeze, datorită unui spasm brusc și unui edem împrejurul ulcerului. În acest caz, orice s-ar introduce pe gură se returnează prin vărsătură, care nu este însă fecaloidă. Uneori, se poate vedea peristaltismul stomacului. Aceleași simptome se observă la copiii care suferă de stenoză pilorică hipertrofică congenitală. Distensia este vizibilă numai în regiunea epigastrică. În cazul ocluziei jejunului superior (proximal), simptomele sunt încă foarte acute iar vărsăturile sunt precoce și frecvent repetate, în timp ce distensia nu este notabilă de la început, cu excepția cazului în care există o strangulare a unei anse mari de intestin. Cu cât ocluzia jejunului este localizată mai jos, cu atât simptomele vor fi mai puțin acute.

2. *Ocluzia joasă a intestinului subțire.* În ocluzia joasă, distală, a intestinului subțire, simptomele sunt mai puțin severe decât cele rezumate mai sus. Starea de șoc și durerea pot fi prezente, dar vărsătura are un debut puțin mai tardiv și trece ceva timp până când conținutul vărsăturii să devină fecaloid. Distensia se instalează după câteva ore. În cazurile subacute, se poate observa distensia intestinului subțire cu aspect „în scară", vizibil fiind adesea și peristaltismul. Când ocluzia este localizată în ileonul distal, o cantitate considerabilă de lichid continuă încă să fie absorbită din intestin, astfel încât deficitele volemice nu sunt foarte mari, în faza precoce, iar secreția de urină va fi, deci, numai ușor diminuată. În cazul ocluziei jejunale înalte, deficitele volemice sunt mari, chiar și în faza precoce, imediat după debut, însoțite de o importantă scădere a cantității de urină secretată.

3. *Ocluzia intestinului gros* (fig. 25). În ocluzia colonică, durerea este mult mai puțin acută, șocul — comparativ — este nesemnificativ (cu excepția unor cazuri de volvulus și de invaginație), vărsăturile reprezintă un simptom destul de tardiv și mai puțin frecvent, în timp ce distensia apare, de regulă, aproape imediat după debutul crizei acute. O excepție ar putea fi făcută în cazul invaginației intestinale, pentru că, în astfel de cazuri, distensia nu apare ca un simptom precoce și nu este permis să se aștepte ca ea să apară, deoarece în acel moment se presupune deja că a intervenit strangularea.

Consecințele ocluziei intestinului gros vor fi influențate și de competența valvei ileocecale. Dacă valva este incompetentă (în circa 15—20% din cazurile cu ocluzie colonică valva respectivă nu se închide), aceasta înseamnă că se permite refluxul din intestinul gros în cel subțire, așa încât starea clinică a pacientului, inclusiv tabloul radiologic, seamănă adesea cu simptomatologia întâlnită în ocluzia parțială distală a intestinului subțire. Dacă însă valva ileocecală este competentă, se presupune totuși că se realizează o buclă închisă între locul mecanismului ocluziv colonic și valvă, astfel încât gangrena cecului, ca rezultat al distensiei severe, este un simptom consecutiv constant. Sensibilitatea dureroasă

Scanned with OKEN Scanner

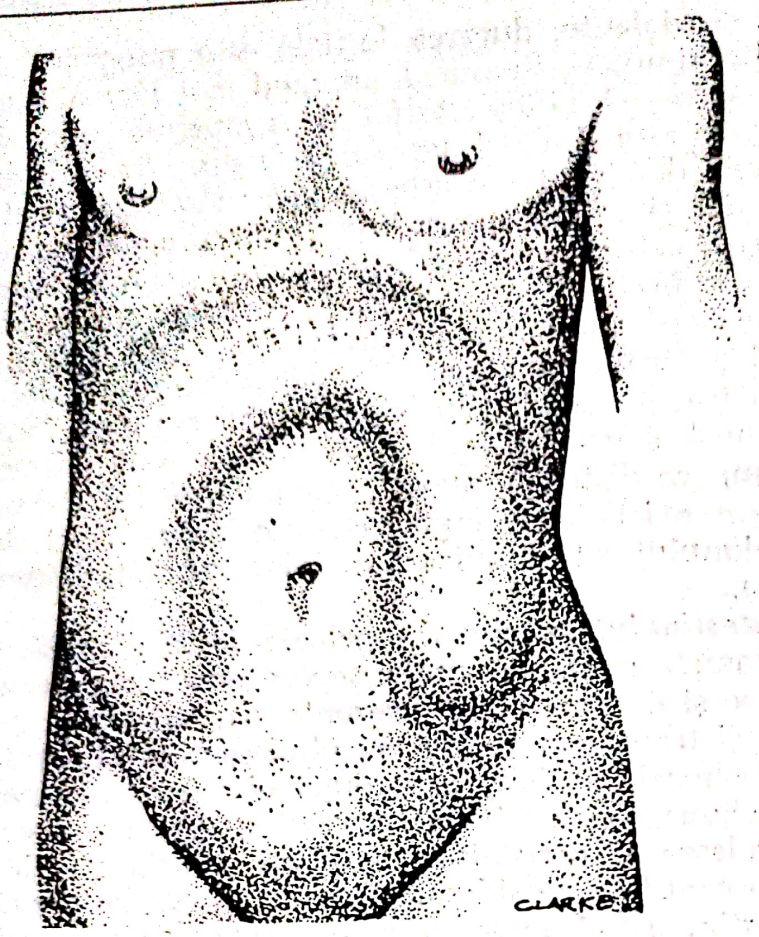


Fig. 25. Apariția distensiei moderate a intestinului gros.

în fosa iliacă dreaptă într-un astfel de caz sugerează, de obicei, că apariția acestei complicații, gangrena ceculuí, este iminentă sau că ea deja s-a produs.

Compresia vaselor sanguine din mezenter. Strangularea intestinului. Când vasele din mezenterul unei anse intestinale sunt compresate, se vor obstrua mai întâi venele și apoi arterele mezenterice. Aceasta, de fapt, echivalează cu o strangulare a unei anse de intestin, care, în curând, se va gangrena. Prin această *strangulare a unei anse intestinale se adaugă un nou mare pericol imediat la cel deja existent*, deoarece ocluzia devine *completă*. Dacă strangularea nu este între timp rapid rezolvată, ea se va complica prin apariția unei perforații intestinale, care va duce la peritonită generalizată fatală. Această stare clinică este, de obicei, cauzată de unele benzi aderențiale, de hernii externe sau interne ori de volvulus. Debutul simptomelor este brusc, însoțit de dureri mari și de vărsături precoce. Deoarece simptomele severe debutează, de regulă, precoce, aducând pacientul rapid la internare, distensia abdominală este adesea absentă, până târziu, în evoluția bolii. Colapsul și șocul severe sunt, la fel, manifestări tardive. Dacă intestinul se găsește complet în interiorul abdomenului, peritonita locală va tinde să se generalizeze și, în perioada de timp în care pacientul ajunge la chirurg, *va exista o rigiditate evidentă la nivelul părții afectate a abdomenului*. Uneori, se simte o massă tumorală corespunzând cu o buclă intestinală închisă.

Caracterul complet sau incomplet al ocluziei. Simptomele ocluziei variază mult în funcție de gradul de obstrucție a lumenului intestinal. Când obstrucția este parțială sau când contracțiile musculare reușesc prin orice efort să forțeze conținutul intestinal să depășească zona obstruată, simptomele sunt mai puțin severe. Obstrucția poate rezulta dintr-o răsucire a intestinului datorită aderențelor dintre intestin și peretele abdominal, alt viscer sau o tumoră. La aceste cazuri, debutul este mai insidios, durerea nu este așa de severă și poate fi intermitentă, vărsăturile, pentru o zi sau două, pot fi mai moderate ca intensitate, iar distensia să apară în mod gradat. Destul de frecvent, astfel de pacienți nu ajung la chirurg până când nu apar vărsături fecaloide. În aceste cazuri peretele abdominal este complet relaxat, întrucât peritonita este absentă, intestinul rămâne intact, iar aprovizionarea lui cu sânge din mezenter nu este împiedicată. Acest tip de afecțiune este o varietate care poate apărea după operații pe abdomen, când o oarecare durere, vărsăturile sau distensia nu sunt simptome neobișnuite. Cazurile postoperatorii descrise mai sus necesită, deci, să fie observate cu mai multă grijă.

În cazul strâmtorării treptate a lumenului intestinal datorate unei stricturi, volvusului subacut sau invaginației cronice, precum și în cazurile în care numai o parte a lumenului intestinal este ciupită de o deschizătură hernială (hernia de tip Richter), debutul simptomelor este încă și mai gradat, vărsăturile sunt mai puține, iar durerea este intermitentă.

Hernia cecului de tip Richter (cu care, într-un caz, autorul a avut de-a face în practica sa) poate să nu fie însoțită de ocluzie intestinală, iar porțiunea herniată a peretului intestinal se poate gangrena fără a da naștere însă unor simptome acute.

Atunci când numai epiploonul este strangulat, se pot nota simptome subacute de ocluzie: durere, vărsături și o oarecare distensie, dar niciodată vărsăturile nu devin fecaloide, iar obstrucția nu va fi niciodată completă, deoarece o clismă poate evacua fecalele și flatusul. Simptomele generale la pacienții cu strangulare omentală sunt de obicei ușoare, dar vor fi mai serioase dacă o massă mare (cum ar fi hernia ombilicală) ar deveni gangrenoasă.

Diagnostic

DIAGNOSTICUL OCLUZIEI INTESTINULUI SUBȚIRE

Dacă un pacient acuză o durere abdominală acută și prezintă o slăbiciune generală, pulsul mic și slab, extremitățile reci și transpirate, o privire anxioasă și, nu după mult timp, începe să vomite, la început conținut gastric, apoi bilă, apoi un material gălbui, cu tendință de a deveni brun și fecaloid, mirositor, în schimb abdomenul rămâne flasc,

Scanned with OKEN Scanner

relaxat și neted, se poate conchide că un astfel de pacient suferă de o ocluzie acută a intestinului subțire. Diagnosticul ar trebui să fie făcut cât mai precoce, fără să se mai aștepte să apară nici distensia, nici constipația, dacă simptomele de mai sus sunt prezente. Dacă simptomele (subiective) nu sunt atât de acute, vor exista însă semne adiționale (obiective), deoarece există o relație inversă între acuitatea simptomelor și probabilitatea prezenței semnelor. Cu cât ocluzia intestinală este mai înaltă, mai proximală, cu atât mai frecvente sunt durerile. Crizele dureroase, când ocluzia este localizată în ileonul superior, survin la fiecare 3 până la 5 minute, iar dacă localizarea este mai distală, în ileonul inferior, ele apar la fiecare 6 până la 10 minute. Când durerea, vărsăturile și șocul sunt mai moderate, distensia abdominală și peristaltismul vizibil pot fi mai ușor de demonstrat, la fel ca și constipația, testată prin două clisme. Deci, este de reținut că atunci când o ocluzie cronică se acutizează, atât simptomele cât și semnele pot fi evidente.

DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL OCLUZIEI ACUTE A INTESTINULUI SUBȚIRE

Diagnosticul de ocluzie intestinală trebuie să fie precizat fie înainte de apariția distensiei abdominale, fie imediat după ce acest semn a apărut. Nu trebuie să uităm că aproape jumătate din cazurile de ocluzie acută sunt datorate herniilor strangulate și, deci, se impune ca întotdeauna *primul gest de examinare obiectivă a bolnavilor să fie cercetarea tuturor orificiilor herniare*, în mod particular ambele inele femurale.

Absența distensiei abdominale. Când această distensie lipsește, ocluzia acută trebuie diferențiată de toate celelalte stări catastrofale posibile de abdomen acut. Durerea este adesea caracterictică, apărând paroxistic, în crize de intensitate acută, în timpul cărora gradele de severitate se estimează după aspectul general de istovire a bolnavului; de obicei, durerea paroxistică are o poziție centrală, exceptând cazul în care o ansă intestinală este strangulată și în care durerea poate fi simțită la locul strangulării. Uneori, pot fi auzite, cu un stetoscop aplicat pe abdomen, borborisme de-a lungul abdomenului, auscultația atentă punându-le în evidență exact în momentul corespunzător crizei dureroase. În perioada intervalelor dintre paroxismele dureroase, faciesul pacientului exprimă teama revenirii durerii. Față de inflamațiile acute — cum ar fi ulcerul gastric perforat, pancreatita acută, apendicita cu peritonită, colecistita — ocluzia acută se deosebește prin absența rigidității și prin vărsăturile frecvente, *care tind să devină fecaloide*. Colica renală și cea biliară sunt excluse prin localizarea și iradierea caracteristică a durerii, precum și prin absența vărsăturii fecaloide. Alte tipuri de colici pot fi excluse prin faptul că ele evoluează cu un tranzit normal, fără oprire

și fără distensie abdominală. În torsiunea unui viscer (chist ovarian, testicul), vărsătura nu devine niciodată fecaloidă. Criza dureroasă gastrică tabetică se exclude negăsind și alte manifestări de tabes decelabile.

În multe cazuri în care diagnosticul de ocluzie a intestinului subțire intră în discuție, un mare ajutor poate fi obținut prin efectuarea unui examen radiologic al abdomenului. În mod normal, în regiunile abdominale ocupate de intestinul subțire nu pot fi evidențiate gaze sau lichide, decât în cantitate foarte mică sau deloc. Totuși, dacă există ocluzie, tranzitul conținutului intestinal fiind barat, o simplă radiografie ar evidenția adesea mici colecții de gaze, situate, fiecare, deasupra unor mici cantități de lichid, constituind niveluri hidroaerice caracteristice. Acest ajutor radiologic este în mod particular binevenit în stadiile precoce ale ocluziei jejunului superior, când nu a apărut încă nici o distensie abdominală. Examenul radiologic trebuie făcut utilizând cel puțin două clișee: unul în ortostatism și al doilea în clinostatism (planșele 6 și 7). Dacă, după examenul radiologic, încă mai există dubii, un studiu radiologic cu *bariu* ca substanță de contrast, *per os*, poate adesea să stabilească diagnosticul crizei.

Volvulusul stomacului. Luând în considerare diagnosticul diferențial al ocluziei în porțiunea superioară a intestinului subțire, trebuie exclusă și posibilitatea unui volvulus al stomacului, care, deși rară, este bine recunoscută.

Volvulusul acut al stomacului apare îndeosebi la populația vârstnică, dând naștere la vărsături violente și repetate, urmate (după ce stomacul s-a golit) de încercări involuntare de vărsături, dar ineficiente și continue. Vărsătura nu este bilioasă. Epigastrul devine progresiv destins, ceea ce contrastează cu porțiunea inferioară a abdomenului, care rămâne goală și retractată. Un tubaj gastric, de obicei, nu poate fi efectuat. Dacă acest volvulus stomacal nu este remediat la timp, prin operație, va apărea colapsul. Volvulusul gastric, în mod obișnuit, se asociază cu hernii diafragmatice hiatale paraesofagiene mari.

Prezența distensiei abdominale. Când distensia este prezentă, trebuie luate în discuția diagnosticului diferențial: uremia, tromboza mezenterică sau embolia mezenterică ori stadiul tardiv al unei peritonite, indiferent de ce cauză.

Uremia. Trebuie să fie diagnosticată pe baza unei anamneze minuțioase, a unor examene de laborator pentru detectarea albuminei în urină, a azotului în sânge etc. și, probabil, prin decelarea clinică a creșterii volumului rinichilor. Câteodată, la pacienții uremici, se pot găsi numai urme fine de albumină în urină, dar o densitate scăzută ar putea ridica suspiciuni, ceea ce ar implica o examinare atentă a cordului și a tensiunii arteriale pentru lămurirea cazului.

Blocajul acut al arterelor mezenterice. Blocajul acut al arterelor sau venelor mezenterice, printr-un embol sau tromb, ar putea duce la o

Scanned with OKEN Scanner

simptomatologie asemănătoare celei din ocluzia abdominală acută datorată unei strangulări interne. În ambele situații, tulburările vasculare conduc rapid la modificări serioase ale intestinului. Uneori, examenul clinic decelează o massă tumorală palpabilă în legătură cu o ansă intestinală sau cu o zonă de intestin afectată. Dacă în anamneză se constată o endocardită recentă sau prezența fibrilației atriale, acestea ar putea sugera o posibilă embolie, după cum existența în antecedente a unei boli hepatice, a unei trombangeite obliterante sau a unor tulburări trombotice anterioare ar putea sugera, uneori, posibilitatea unei tromboze mezenterice. Deși nu există o obstrucție mecanică a lumenului intestinelor în cazul ocluziei vasculare mezenterice, totuși, intestinul va fi afectat și, curând, va deveni paralizat și hemoragic, sângele aproape întotdeauna scurgându-se și în lumenul intestinal, ca o consecință a infarctului mezenteric, iar scurgerea va fi greu de oprit (vezi, de asemenea, capitolul 16).

Dacă nu este tratată cu promptitudine, tromboza mezenterică va duce rapid spre peritonită.

DIAGNOSTICUL STRANGULĂRII

Când diagnosticul ocluziei acute a intestinului subțire a fost stabilit cu oarecare certitudine, următoarea întrebare care se pune și la care trebuie să se răspundă ar fi dacă este vorba de o ocluzie prin strangulare reală a intestinului sau de o simplă ocluzie. Acest lucru este important, deoarece un tratament neoperator, prin introducerea unui tub intestinal cu rol de aspirare, nu este aplicabil și deci nici recomandabil, dacă strangularea intestinală este reală. O ansă intestinală strangulată devine, de obicei, rapid sensibilă la palpare și, dacă se află în contact cu o zonă bogat inervată senzitiv a peritoneului parietal, se poate ajunge ceva mai târziu la o rigiditate musculară ce corespunde zonei respective. Dacă, totuși, ansa intestinală afectată prin strangulare se află în pelvis (al cărui peritoneu este sărac în fibre senzitive), semnele de sensibilitate și rigiditate amintite vor fi mai puțin evidente, iar diagnosticul diferențial devine dificil. Este un truism faptul că, *atât timp cât o ocluzie mecanică a intestinului subțire este completă, prezența sau absența strangulării nu poate fi precizată cu certitudine până când nu este deschis și explorat chirurgical abdomenul.* Febra, leucocitoza, sensibilitatea la palpare, șocul și absența zgomotelor peristaltice, toate sunt semne tardive și, atunci când sunt prezente, demonstrează, de obicei, întârzierea excesivă a precizării diagnosticului. Deși razele X pot arăta o singură ansă intestinală dilatată, sub forma unui bob de cafea, distensia, de regulă, este atât de tardivă, încât radiografiile sunt interpretate ca normale în circa jumătate din toate cazurile de strangulări.

Ar fi poate imposibil de a diferenția un caz tardiv de ocluzie intestinală de un caz tardiv de peritonită, afară numai dacă anamneza ar oferi câteva date indicative. În peritonita tardivă există, de obicei,

Scanned with OKEN Scanner

ocluzie intestinală paralitică, în timp ce în stadiile tardive de ocluzie mecanică există frecvent peritonită. În peritonită, totuși, rareori se ajunge la vărsături fecaloide.

OBSTRUCȚIA INTESTINULUI SUBȚIRE PRIN CALCUL BILIAR

În general, un calcul biliar care produce obstrucție ulcerează în duoden, provocând simptome de ocluzie supraacută: durere severă și vărsături frecvente. Conținutul vărsăturii este adesea sanguinolent, sângele provenind din deschizătura ulcerată, ceea ce ar putea conduce la un diagnostic eronat de ulcer peptic. Calculul traversează progresiv intestinul, simptomele între timp se atenuează considerabil, dar reapar după 1 sau 2 zile, atunci când calculul ajunge și se oprește la capătul distal al ileonului (care este porțiunea cea mai strâmtă a intestinului subțire). Ajuns la acest obstacol, calculul forțează trecerea, explicând reapariția simptomelor. Deci, de reținut, dacă ne găsim în fața unui caz cu o simptomatologie care sugerează o ocluzie *înaltă* a intestinului subțire, simptome care apoi se vor atenua, iar după 1—2 zile vor reapărea altele, sugerând o ocluzie *joasă* a intestinului subțire, foarte probabil cauza este un calcul pornit din colecist (fig. 26). Această patogenie a ocluziei intestinului subțire prin calcul biliar este cu atât mai

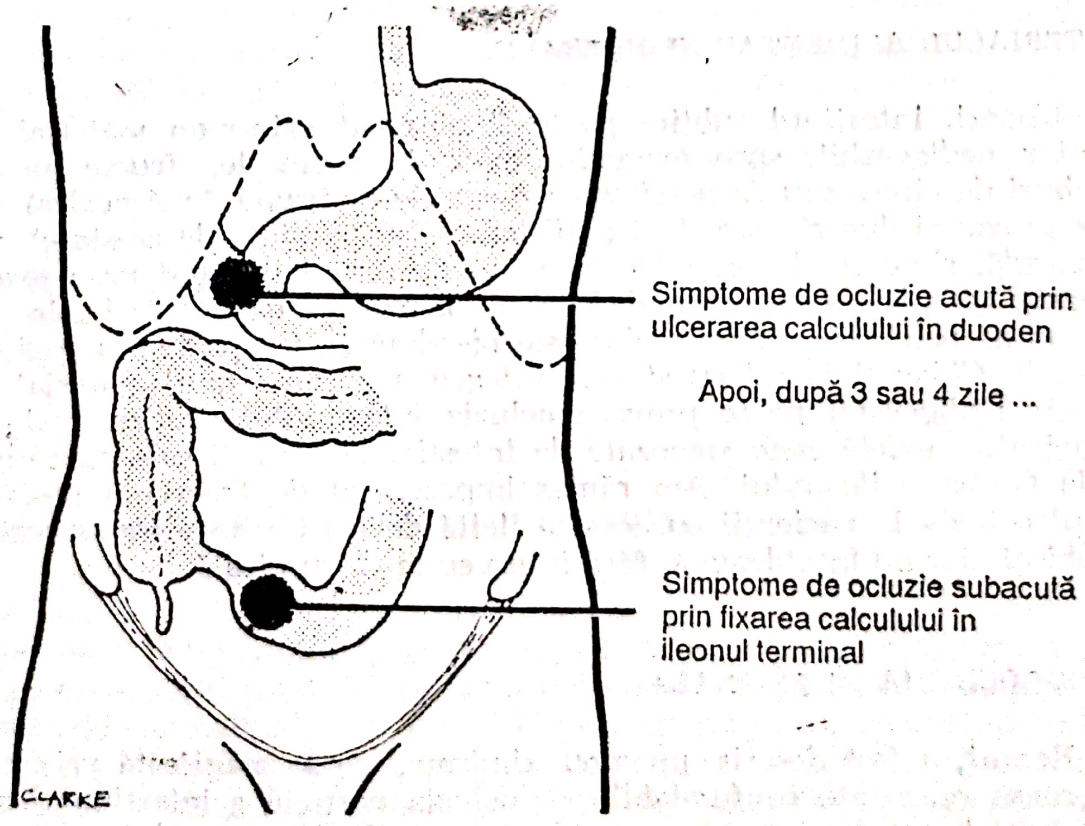


Fig. 26. Ocluzia intestinului subțire prin calcul pornit din vezicula biliară.

plauzibilă, cu cât anamneza dezvăluie litiază biliară în antecedente, mai ales dacă pacientul este o femeie obeză, de vârstă mijlocie sau avansată. Personal, am întâlnit un astfel de tip particular de ocluzie, în care vărsăturile fecaloide au apărut foarte precoce, erau persistente (dar, cu timpul, diminuând ca frecvență), fără să se noteze nici colaps sever și, practic, nici distensie abdominală. Dacă s-ar dezvolta o mică distensie, ea ar putea fi ascunsă de o eventuală îngroșare a peretelui abdominal, astfel încât abdomenul, în adevăr, ar părea normal. Caracterul vărsăturii rămâne fecaloid, deși intervalele dintre crizele dureroase și apariția vărsăturii tind să devină mai lungi. Spre sfârșitul bolii, distensia, care se accentuează progresiv, poate deveni considerabilă.

Caracteristicile descrise mai sus ale acestui tip de ocluzie a intestinului subțire prin calcul biliar ușurează punerea diagnosticului, în ciuda rarității acestei afecțiuni. Unii din acești calculi biliari mari conțin material radioopac, așa încât, o simplă radiografie va putea arăta poziția calculului în intestin, ceea ce ar indica chirurgului locul optim al inciziei. Dacă radiografia ar evidenția aer în căile biliare (planșa 12), ea va permite și va justifica pe deplin considerarea clinicianului că simptomatologia acestei ocluzii se datorează ileusului biliar. La unul din pacienții mei, radiografia a arătat, de asemenea, prezența în colecist și a altor calculi, destul de mari, care, cu timpul, au trecut în intestin, fiind eliminați *per anum*.

MATERIALUL ALIMENTAR NEDIGERABIL

Uneori, intestinul subțire poate fi obstruat printr-un material alimentar nedigerabil, spre exemplu, miez de portocale, fructe uscate, sâmburi de cireșe sau de *persimmon* (o specie de prună, în America) etc., care provoacă dureri, vărsături și distensie (cu tendință de creștere), dar, de regulă, simptomele organice în astfel de cazuri nu sunt prea severe. Această complicație apare mai frecvent la cei cu gastrectomie, la care funcția de măcinare a stomacului este pierdută și, în special, la pacienții edentați. Chiar și la cei cu stomac integru, ingerarea unui material alimentar nedigerabil poate provoca ocluzia intestinului subțire, mai ales atunci când există zone stenozate de intestin, cum ar fi cele cauzate de boala Crohn a ileonului. Am rămas impresionat de frecvența mecanismului ocluziv la pacienții cu această ileită de tip Crohn, care se rezolvă de obicei, dar nu întotdeauna, fără intervenție chirurgicală.

PSEUDOOCLUZIA INTESTINALĂ

Recent, a fost descris un nou sindrom, ce se manifestă prin crize dureroase recurente confundabile cu ocluzia parțială a intestinului subțire. Inițial, nu se notează operații abdominale în antecedente și nici nu se observă prezența unei hernii în regiunea inghinală sau în altă

Scanned with OKEN Scanner

parte. Adesea și alți membri din familia pacientului au fost victime ale unor crize dureroase similare. Frecvent, se notează reflux gastroesofagian. Sindromul este cauzat fie de unele defecte ale musculaturii circulare de la nivelul intestinului sau de unele anormalități ale inervației neurovegetative. Uneori, sindromul este considerat ca o manifestare a sclerozei sistemice progresive, în care caz fenomenul Raynaud este adesea o stare asociată. În cazurile de pseudoocluzie intestinală în care defectul este atribuit musculaturii circulare, este foarte probabil să se întâlnească și diverticuli jejunali. Din cauza tabloului clinic variat al pseudoocluziei intestinului subțire, numeroși bolnavi au fost supuși la multiple intervenții pe abdomen înainte de a li se fi stabilit diagnosticul corect. La operație nu se constată, de regulă, decât un intestin dilatat, fără nici un punct de obstrucție definibil. Recunoașterea situației reale a acestui sindrom este vitală, pentru ca nu cumva să fie rezecate, inutil, segmente mari de intestin, în care nu s-ar găsi poate decât diverticuli jejunali neinflamați. Așa s-a întâmplat cu un pacient care a rămas un adevărat infirm intestinal, caz întâlnit de autor.

În numeroase cazuri, diagnosticul poate fi stabilit fără a recurge la operație, atât timp cât medicul are mereu în minte posibilitatea existenței acestui sindrom. Se poate reține că *pseudoocluzia intestinală trebuie să fie luată în considerare în cazul oricărui pacient care a suferit repetate episoade de obstrucții intestinale parțiale, mai ales în absența herniilor, sau care prezintă un istoric cu operații pe abdomen în antecedente.* La un astfel de pacient, punerea în evidență a unui sfincter esofagian inferior slăbit, hipoton, sau a unei motilități alterate a jejunului și/sau a colonului, prin examinări manometrice, oferă șanse pentru stabilirea unui diagnostic corect, mai ales dacă sunt prezente, în anamneză, și alte cazuri similare în familie.

Operația, în general, trebuie evitată la bolnavii cu pseudoocluzie, exceptând anumite cazuri foarte speciale, în care studii manometrice au arătat că se poate obține un beneficiu prin derivații de tip *by-pass* ale unor zone specifice în mod sever compromise.

OCLUZIA ACUTĂ A INTESTINULUI GROS

Ocluzia intestinului gros dă naștere adesea unor simptome la fel de acute ca cele întâlnite în ocluzia acută a intestinului subțire. La persoanele normale, conținutul colonului își continuă drumul mult mai încet și este reținut mult mai mult timp, în comparație cu intestinul subțire. De aceea, simptomele net acute din ocluzia colonică sunt adesea precedate de crize mai ușoare, deci crize inițiale de ocluzie subacută. Principalele cauze ale ocluziei intestinului gros sunt: *cancerul de colon*

Scanned with OKEN Scanner

(70%), *diverticulita* (5%) și *volvulusul* (10%). Impactul materiilor fecale cu rectul poate uneori să provoace unele ocluzii, inclusiv distensii abdominale.

Cancerul de colon

Dacă se exclude hernia strangulată, cancerul de colon este cea mai frecventă cauză a ocluziei intestinale la persoanele peste vârsta mijlocie. Simptomele sunt adesea insidioase și, deși în cele mai multe cazuri o criză acută de ocluzie poate fi o cauză care să determine chemarea în consult a chirurgului, totuși există destule semne și simptome precoce care l-ar pune pe medicul practician în alertă și l-ar face să urmărească îndeaproape bolnavul.

SIMPTOMELE CANCERULUI DE COLON CARE PRECEDĂ OCLUZIA ACUTĂ

Diareea și scaunele cu sânge și mucus pot proveni din ulcerația intestinului. Apariția diareei îl poate face pe bolnav să afirme că scaunele sunt regulate, iar caracterul lor nu ar fi decât secundar unei iritații cauzate de constipație. Din cauza prezenței mucusului, starea pacientului ar putea fi în mod eronat diagnosticată drept colită mucoasă.

Prezența unei tumori (care, în stadiile precoce, poate fi mobilă și liberă) este rară, deoarece, în majoritatea cazurilor, este vorba de tipul schiros, contractil, deci fără posibilitatea de palpare (fig. 27).

Tumora crescând poate să adere la organele învecinate, la vezica urinară, în pelvis, la rinichi, cauzând simptome legate de organele urinare, sau să adere la stomac, provocând simptome gastrice.

Pericolita, sau inflamația țesuturilor din jurul colonului, poate fi primul simptom notabil. În adevăr, există posibilitatea apariției unui abces local care să inducă, să stimuleze și să mascheze situația primară. Alteori, perforația bruscă a intestinului în cavitatea peritoneală generală determină instalarea unei peritonite difuze, generală și fatală.

SIMPTOMELE CANCERULUI DE COLON ȘI ALE OCLUZIEI SUBACUTE PRIN CANCER DE COLON

Simptomele ocluziei subacute sunt aceleași ca și ale ocluziei acute, dar de mai mică intensitate. Prima anormalitate care apare de obicei este *constipația, care se accentuează progresiv* și care, dacă survine la o persoană ce a depășit vârsta mijlocie și înainte avea un tranzit intestinal perfect regulat, ar trebui să ridice o suspiciune de neoplasm și,

Scanned with OKEN Scanner

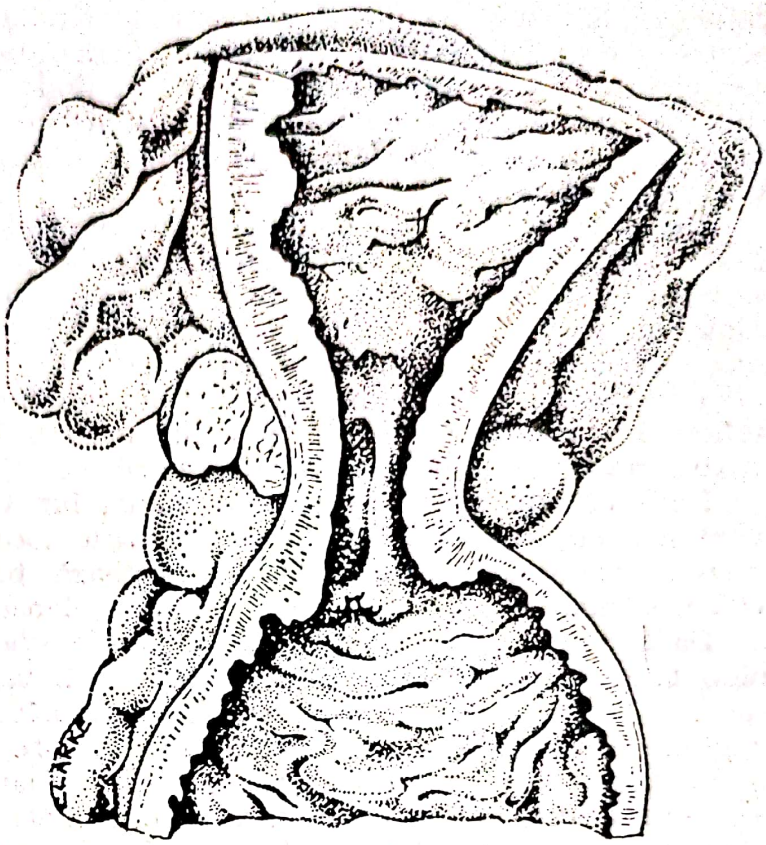


Fig. 27. Forma comună, de tip inelar, de cancer schiros al colonului, care provoacă ocluzie. (Din colecţia Muzeului Spitalului St. Mary.)

implicit, să impună necesitatea unor investigaţii complete şi adecvate. Uneori, diareea alternează cu constipaţia, iar puseurile ocazionale de flatulenţă şi distensie sunt frecvente. Câteodată, peristaltismul poate fi văzut la inspecţia peretelui abdominal, iar palparea relevă o tumefiere locală, în zona stricturii prin neoplasm. Această tumefiere poate să cedeze, să se micşoreze, după pasajul ocazional al unui flatus prin strictură, fapt care ar putea fi şi auzit sub forma unui zgomot caracteristic, ca un gâlgâit. Durerea are un caracter de crampă şi este datorată peristaltismului. Uneori, pacientul descrie durerea ca pe o undă care traversează abdomenul, crescând în intensitate până la locul unde se aude „gâlgâitul" şi unde se presupune a fi situată stenoza. Adesea, durerea este greşit interpretată ca o indigestie, iar greaţa şi indispoziţia sunt atribuite unor crize biliare. Aceste fenomene subacute par a fi mai frecvente în cazul ocluziei prin tumora colonului drept.

SIMPTOMELE OCLUZIEI ACUTE

Ocluzia acută prin cancer de colon este uneori, deşi rar, primul simptom semnificativ care necesită atenţie. Ca regulă generală, simptomele acute sunt precipitate de o massă solidă de alimente (bolus) care blochează lumenul intestinal, ce devine stenozat în mod treptat, timp în-

delungat. Sâmburi de prună sau obiecte similare tari pot fi suficiente pentru a completa ocluzia. Conținutul lumenului din colonul stâng este mai ferm decât cel din colonul drept, de unde și constatarea că ocluzia este mai frecventă pe partea stângă. Simptomele principale sunt: crize de *dureri colicative, distensie progresivă și insuficiența tranzitului de fecale sau gaze.*

Deoarece conținutul cecului și al hemicolonului drept este mai fluid, simptomele acute ale ocluziei prin neoplasm nu sunt prea frecvente la acest nivel. Dacă, totuși, colonul ascendent devine obstruat printr-un neoplasm schiroid, stenozant, ocluzia acută respectivă va provoca până la urmă o distensie bruscă a cecului, dar numai atât timp cât valva ileocecală va rămâne intactă. Concomitent, se va ajunge la o tumefiere în fosa iliacă dreaptă și în hipogastru, formațiune care este dureroasă, rotunjită, sonoră și probabil sensibilă.

Dacă ocluzia apare în colonul stâng, iar valva ileocecală funcționează normal, va fi posibil să se precizeze localizarea obstrucției prin notarea nivelului la care distensia încetează brusc. Acest lucru este evidențiat mai clar pe o radiografie simplă (planșa 13).

Dacă, totuși, *valva ileocecală își pierde eficiența* și nu se mai închide bine, atunci ileonul inferior se va dilata foarte curând și va fi foarte greu să se precizeze locul exact al ocluziei din colon, deoarece simptomele de obstrucție a intestinului subțire se adaugă simptomelor de obstrucție a intestinului gros. Durerea foarte intensă, vărsăturile frecvente și distensia crescândă vor pune mari probleme de diagnostic diferențial, care nu pot fi rezolvate nici chiar printr-o radiografie abdominală. Totuși, ca regulă generală, *ori de câte ori se urmărește stabilirea precisă a diagnosticului, se recurge, de urgență, la o irigoscopie cu bariu, aceasta având cea mai mare valoare diagnostică.*

Dacă distensia, vărsăturile, durerea și constipația apar la o persoană în vârstă, la care nu există nici o evidență de peritonită, ele se datorează, în general, unui cancer de colon, unui volvulus, unei diverticulite sau, mai rar, unei invaginații abdominale sau uremiei. Deoarece cancerul de rect, într-un stadiu mai tardiv, poate determina, de asemenea, o ocluzie completă și acută, este întotdeauna necesară, în toate cazurile, examinarea atentă a rectului (tușeu rectal). La fel, trebuie exclusă și o afecțiune renală, prin examen de urină.

Diverticulita colonului

Diverticulita, în stadiul în care provoacă obstrucție, va produce simptome ce se confundă cu cele ale cancerului de intestin. Inflamația cronică a diverticulilor poate determina o ocluzie subacută, eventual chiar una acută, a colonului. Inițial, se notează o constipație rebelă, alternând probabil cu episoade de diaree, durere locală, flatulență și,

Scanned with OKEN Scanner

uneori, hemoragii rectale. O clismă baritată (irigografie) poate să releve condiția clinică de diverticuloză.

Obstrucția moderată ar putea fi rezolvată prin metode medicale, dar, din momentul în care survine ocluzia acută, cu distensie abdominală mare, consultarea unui chirurg devine imperativă. În cazul în care nu se află din anamneză faptul că pacientul a mai suferit, în trecut, de diverticulită, este imposibil de precizat dacă ocluzia colonului se datorează unui cancer sau unei diverticulite înainte ca abdomenul să fie deschis; chiar și după ce abdomenul a fost deschis și s-a examinat leziunea locală, este încă foarte greu de precizat dacă este vorba despre cancer, diverticulită sau despre o combinație a celor două posibilități

Volvulusul

Volvulusul este cauzat de torsiunea unui segment al colonului, în jurul axului propriu, astfel încât lumenul intestinal să devină complet obstruat. Dacă răsucirea este suficient de severă, consecința va consta în apariția compresiei vaselor, a venelor la început și apoi a arterelor, realizând ischemie sau chiar necroză, cu gangrena ansei intestinale afectate.

Volvulusul intestinului gros apare de obicei într-una sau două zone: regiunea sigmoidiană și regiunea cecală. Sigmoidul este de departe cel mai afectat, predilecția datorându-se faptului că mezocolonul sigmoid este foarte lung, iar baza de atașare este foarte srâmtă, ceea ce facilitează procesul de torsionare, deci apariția mai frecventă a ocluziei în colonul sigmoid. Volvulusul ileocecal este mai rar.

VOLVULUSUL COLONULUI SIGMOID

Volvulusul sigmoidian provoacă simptome de ocluzie intestinală acută sau subacută de tipul celor specifice intestinului gros. De obicei, există o perioadă preliminară, în timpul căreia pot apărea crize de dureri abdominale și constipație.

Criza acută este semnalată prin constipație totală, durere abdominală acută și, mai ales, *o rapidă distensie progresivă a abdomenului.*

Dacă și vasele care irigă bucla colonică afectată sunt complet obstrucționate, vor apărea rapid gangrena buclei respective și peritonita. De obicei însă, ocluzia vaselor tinde să apară mai lent, astfel încât gangrena colonului este foarte tardivă. Din fericire, ocluzia sigmoidului a fost mai rar semnalată în ultimii ani.

Volvulusul subacut evoluează cu durere abdominală (localizată în principal în zonele: ombilicală și hipogastrică), constipație și distensie

Scanned with OKEN Scanner

progresivă. Bucla sigmoidiană dilatată poate uneori să rămână ca atare în abdomenul inferior, ca un segment de „anvelopă", dar, cu timpul, distensia se generalizează şi va cuprinde întregul abdomen. Starea de volvulus poate fi suspectată atunci când o mare şi, mai ales, precoce distensie abdominală coincide, la un pacient, cu simptome de ocluzie acută. Localizarea distensiei de la început în hipogastru sau menţinerea ei la nivelul unei bucle mari de sigmoid pledează clar pentru un diagnostic de volvulus. Deşi, în caz de volvulus sigmoidian, durerea este simţită de obicei în hipogastru şi nu este severă, personal am întâlnit un caz, la o femeie tânără, cu un sigmoid torsionat care-i provoca o durere violentă localizată în regiunea lombară posterioară şi inferioară. Această durere a fost considerată ca fiind o dismenoree acută. De un real folos ar putea fi radiografia abdominală simplă, care ar decela o buclă unică şi dilatată (planşa 10). O irigografie cu bariu ar trebui, de regulă, să fie făcută în toate cazurile cu dubii asupra diagnosticului. Aceasta are nu numai o valoare diagnostică, demonstrând aşa-numitul „cioc de pasăre" de la nivelul apexial al volvulusului, dar şi o valoare terapeutică, prin posibila îndreptare a buclei sigmoidiene, dacă aceasta din urmă nu s-a gangrenat (planşa 11). O manevră terapeutică alternativă este şi sigmoidoscopia.

VOLVULUSUL ILEOCECAL SAU CECAL

Volvulusul ileocecal dă naştere unor simptome similare cu cele descrise sub numele de ocluzie joasă a intestinului subţire, dar mult mai acute. În plus, volvulusul ileocecal evoluează cu distensie localizată (datorată cecului dilatat) şi observabilă fie în epigastru, fie în partea dreaptă a abdomenului. Durerea este deosebit de severă, iar vărsăturile pronunţate. Distensia, localizată la început, se generalizează cu timpul, ajungând să mascheze dilataţia locală a cecului. Radiologia poate evidenţia aspectul caracteristic, cu bucla torsionată orientată înspre hipocondrul stâng (planşa 9).

VOLVULUSUL COLONULUI TRANSVERS

Volvulusul colonului transvers apare rareori, îndeosebi după intervenţiile chirurgicale majore pe abdomen, în care intestinele au fost dislocate, iar în timpul repunerii la loc a colonului transvers se produce o torsiune a acestuia. Personal, am întâlnit această situaţie după o operaţie majoră abdominoperineală pentru excizia rectului, precum şi după o histerectomie. După câteva zile de la operaţie, a apărut o distensie abdominală severă şi lipsa reluării normale a tranzitului intestinal, dar nici un semn de peritonită sau de paralizie a intestinelor. În astfel de cazuri, devine necesară o intervenţie chirurgicală pe abdomen pentru corectarea volvulusului.

Scanned with OKEN Scanner

Chirurgii care își desfășoară activitatea în zonele tropicale trebuie să-și reamintească observația că volvulusul, în general, atât al intestinului subțire, cât și al intestinului gros, este întâlnit mai frecvent la tropice, decât în climatul temperat.

Diagnosticul diferențial al ocluziei intestinului gros

În primul rând este necesar ca în fiecare caz să se examineze toate orificiile herniare. Există patru stări clinice ce ar putea să inducă în eroare medicul practician, făcându-l să creadă, în mod greșit, că are de-a face cu o ocluzie primară a intestinului gros. Acestea sunt următoarele:

1. Colita cu distensie.
2. Uremia.
3. Peritonita.
4. Paralizia reflexă a colonului.

COLITA CU DISTENSIE ATONĂ A INTESTINULUI INFLAMAT

Există cazuri de colită ulcerativă severă și colita Crohn, în care, fie ca rezultat al ulcerației, fie ca o consecință a toxemiei, intestinul gros devine enorm dilatat și aton, astfel încât s-ar impune, justificat, diagnosticul diferențial cu ocluzia organică. Dilatația toxică a colonului a fost, de asemenea, observată la pacienți cu dizenterie amebiană, în colita cu *Clostridium difficile* și în salmoneloză. Dacă aceste cazuri sunt văzute pentru prima oară deja într-un stadiu tardiv, este imposibil de a face o diferențiere între un megacolon toxic și o ocluzie intestinală. Totuși, existența în anamneză a unui istoric lung de simptome sugerând o ulcerație a colonului (diaree microsanguinolentă), pentru primul caz, și a unor antecedente sugerând ocluzii subacute, pentru al doilea caz, ar putea ajuta la precizarea diagnosticului. În dilatația toxică a colonului, de obicei, distensia cea mai accentuată este la nivelul colonului transvers. În colita ulcerativă, ocluzia nu este niciodată completă. Rotația poziției pacientului la intervale frecvente poate permite un mai ușor pasaj al flatusului și, implicit, o decompresie a colonului.

UREMIA

Distensia abdominală severă, însoțită de vărsături, ar face parte, uneori, din tabloul clinic al uremiei și, în lipsa obiceiului de a examina urina și sângele în fiecare caz, mai ales la vârstnici suspicionați de a avea ocluzii abdominale, se pot face greșeli de diagnostic. La fel de utile pot

Scanned with OKEN Scanner

fi şi examinările tensiunii arteriale şi ale matităţii cardiace, în cazuri îndoielnice. Există şi alte simptome confundabile cu cele din ocluzia intestinală.

PERITONITA

Există anumite forme de peritonită care sunt însoţite de o foarte slabă rigiditate a peretelui abdominal, după cum există şi persoane obeze sau subiecţi slăbiţi, al căror perete abdominal este incapabil de a se contracta, din cauza muşchilor abdominali infiltraţi cu grăsime sau, respectiv, emaciaţi. La astfel de pacienţi, distensia şi vărsăturile din peritonită pot fi considerate greşit drept ocluzie mecanică. Stadiile tardive ale peritonitei sunt acompaniate de o obstrucţie paralitică a intestinelor, iar stadiile mai tardive ale ocluziei intestinale sunt în mod frecvent însoţite de peritonită, din cauza microorganismelor care scapă prin porţiunile de gangrenă locală sau prin zonele subnutrite ale intestinului. În stadiul precoce al ambelor stări clinice, diagnosticul, de obicei, se pune mai uşor, luând în considerare anamneza şi simptomele, dar, în stadiile mai avansate, diferenţierea ar fi aproape imposibilă.

PARALIZIA REFLEXĂ A COLONULUI (ILEUSUL COLONIC)

Am constatat personal în mai multe rânduri o formă înşelătoare de distensie paralitică a colonului, care simulează ocluzia intestinului gros. Se pare că această formă paralitică ar fi un reflex provocat de o inflamaţie acută localizată undeva în abdomen. Îmi amintesc că în trei cazuri era vorba de efectele secundare ale colecistitei acute, care mascau condiţia primară. Această stare poate apărea spontan sau, mai ales, în urma unor intervenţii chirurgicale retroperitoneale. Aproape întregul colon, ascendent, transvers şi descendent, poate fi afectat prin dilatarea paralitică reflexă, creând dificultăţi de tranzit intestinal greu corectabile. Aceste simptome, alături de durere şi vărsături concomitente, sunt suficiente pentru a distruge atenţia de la adevărata cauză.

O irigografie cu bariu va putea diferenţia întotdeauna această stare de ileus colonic, precum şi alte dilataţii colonice neobstructive, de o ocluzie intestinală mecanică adevărată. O colonoscopie ar putea, de asemenea, să fie utilizată în scop diagnostic şi chiar terapeutic, dar trebuie evitată în cazurile de colită cu distensie, unde perforaţia este uşor posibilă.

Obstrucţia paralitică a intestinelor (ileusul adinamic)

Până acum ne-am ocupat de ocluzia mecanică a intestinului. Există însă şi o altă formă de ocluzie intestinală, care dă naştere la distensie şi vărsături, şi în care nu intervine nici o obstrucţie mecanică, fiind dato-

Scanned with OKEN Scanner

rată unei paralizii a musculaturii intestinului. Această formă clinică poate să apară ca o fază terminală a peritonitei generalizate sau în urma unor traumatisme toracice severe, după un infarct miocardic, în timpul unei pneumonii, după operații pe abdomen sau pe coloana vertebrală. Abdomenul este destins, *dar la auscultație nu se aud borborisme*. Întregul abdomen tinde să devină liniștit, dar pot apărea regurgitații, datorate mai curând abundenței de conținut gastric decât mișcărilor active ale intestinului. Procesul implică participarea ambelor intestine, atât cel subțire, cât și cel gros, astfel încât o radiografie abdominală simplă evidențiază o distensie gazoasă a ambelor teritorii. În afară de a păstra stomacul golit (prin tubaj și aspirare) și de menținerea unui echilibru volemic și hidroelectrolitic, această situație clinică nu necesită operație. Dacă, totuși, pacientul este consultat pentru prima oară de chirurg în această condiție, este greu de a anticipa dacă starea paralitică intestinală nu ar fi în realitate stadiul final al unei ocluzii mecanice. În astfel de cazuri, o anamneză minuțioasă poate contribui la luarea unei decizii terapeutice corecte.

Scanned with OKEN Scanner

14. Invaginația și alte cauze de ocluzie

Invaginația

Este cea mai frecventă urgență abdominală la copiii sub 2 ani, mai exact 15% din toate cazurile de ocluzie intestinală. În cele mai multe părți ale lumii, ea este mai rară la copiii mari și la adulți — numai 30% din cazurile care apar după cel de-al doilea an de viață (exceptând unele regiuni din Africa și India). Catastrofa este cu atât mai surprinzătoare, cu cât ea afectează, de obicei, copii în aparență sănătoși și bine hrăniți. Este vorba de o invaginație a unei porțiuni de intestin *(intussusceptum)* într-o altă porțiune învecinată de intestin. De obicei, dacă nu chiar invariabil, porțiunea invaginată *(intussusceptum)* intră prin partea joasă în porțiunea invaginabilă *(intussuscipiens)*. În mod concret, zona cea mai favorabilă, din punct de vedere anatomic, pentru o astfel de împrejurare este regiunea joncțiunii ileocecale, unde ileonul terminal, mai strâmt, poate ușor să intre în sens cranian în cec, mai lax, fapt confirmat de experiența clinică, care arată prevalența net crescută a apariției invaginațiilor la acest nivel (fig. 28). Există, de fapt, trei variante de invaginație — enterică, colică și enterocolică: enterică, dacă este implicat, singur, numai intestinul subțire, ceea ce este mai puțin frecvent; colică, în cazul în care doar colonul este afectat, eventualitate mai puțin rară, dar nici foarte frecventă, și enterocolică, cea mai frecventă variantă. Această ultimă variantă, enterocolică, este subdivizată, la rândul său, în două tipuri de invaginație: ileocecală, în care apexul porțiunii invaginate este valva ileocecală, și ileocolică, în care o parte din intestin din apropierea ileonului terminal formează punctul culminant.

În anumite zone tropicale, spre exemplu în Africa centrală sau India, invaginația (intususcepția) este mai frecventă la adulți. De obicei, ea este de tip ileocecal, nu duce la ocluzie completă și nu poate cauza nici o sângerare evacuabilă prin rect. Simptomele mai importante sunt două: durerea de tip colicativ și prezența unei tumori.

În cazul invaginației enterocolice, de departe forma cea mai frecventă, în care ileonul terminal este invaginat în interiorul colonului, o porțiune din mezenterul respectiv însoțește acest fenomen, iar constricția vaselor din mezenter și apoi strangularea lor vor cauza un edem al peretelui intestinal, cu hemoragie la nivelul intestinului afectat și în final gangrenă locală. Iritația pe care o provoacă acest intestin intrus, invaginat, va duce la o secreție excesivă de mucus. Porțiunea inițială de in-

Scanned with OKEN Scanner

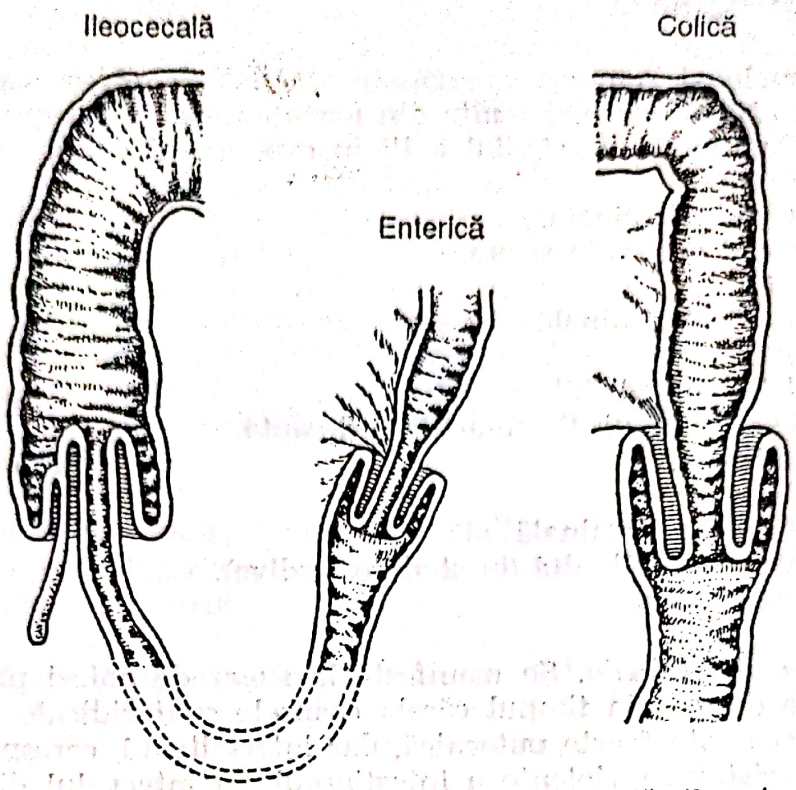


Fig. 28. Tipurile de invaginație: (1) ileocecală, (2) enterică (care este denumită și „ileocolică", atunci când evoluează dincolo de valva ileocecală) și (3) colică.

testin, prima care a devenit invaginată, va rămâne la vârful segmentului intern de intestin *(intussusceptum)*, care avansează, în urma contracțiilor peristaltice. Această progresie distală se face în detrimentul segmentului extern, recipient, de intestin *(intussuscipiens)*. În varianta colică, apexul poate ajunge uneori să iasă la exterior, prin anus. Dacă nu intervine nici un tratament, deci în mod spontan, invaginația (intususcepția) poate evolua pe două căi: una mai frecventă și cealaltă mai rară. Cea mai frecventă este instalarea gradată a ocluziei lumenului intestinal până în faza acută, care apoi se termină cu exitus, prin toxemie sau peritonită. Pe calea a doua, mai rară, se ajunge la gangrenarea completă a porțiunii interne, invaginate *(intussusceptum)*, sfacelele astfel rezultate eliminându-se prin anus, sub forma unui voluminos material mocirlos, ca o piele lepădată de un șarpe prin năpârlire. În perioada preoperatorie, multe astfel de cazuri de rezolvare fericită — vindecarea naturală, prin gangrenă și eliminare anală a segmentului de intestin invaginat — au fost, probabil, mult mai frecvent înregistrate, ținând cont de faptul că o însănătoșire în urma acestei boli era o eventualitate relativ rară la copii.

Cauza apariției invaginației la copii nu se cunoaște. Ea este mai frecventă, în general, la copii în perioada înțărcării, când este posibilă ingerarea unor fragmente mai mari și mai solide de hrană nedigerabilă, probabil la cei mai bine hrăniți. Alte cauze notate la adulți pot fi unele tumori ale peretelui intestinal sau diverticulul Meckel.

Scanned with OKEN Scanner

SIMPTOME ȘI SEMNE

Simptomele și semnele invaginațiilor sunt de obicei caracteristice. Ele cuprind câteva sau mai multe din următoarele 12 posibilități mai jos enumerate, în funcție de stadiul bolii în care a fost examinat pacientul.

1. Durere abdominală.
2. Sânge și mucus în scaun.
3. Vărsături.
4. Tumoră abdominală.
5. Șoc.
6. Peristaltism vizibil.
7. Absența cecului din fosa iliacă dreaptă.
8. Constipație.
9. Tenesme.
10. Distensie abdominală.
11. Ocluzie și peritonită (în stadiile tardive).
12. Febră (uneori).

Durerea abdominală. Se manifestă la sugar de obicei printr-o criză de țipete de durere, în timpul căreia coapsele sunt ridicate în flexie pe bazin. Durerea este foarte puternică, dar intermitentă, corespunzând unei contracții peristaltice violente a intestinului. În intervalul dintre dureri, copilul stă culcat, liniștit, dar adesea cu un facies crispat. Mai rar, copilul nu țipă sau nu arată vreun semn de durere abdominală, ci doar paloare, flexia coapselor pe bazin și zvârcolire neliniștită în pat.

Sânge și mucus în scaun. După o perioadă variabilă de timp, în funcție de locul de apariție a invaginației, perioadă mai lungă dacă invaginația începe din ileon și mai scurtă dacă începe din colonul transvers, se pot nota *sânge și mucus în scaun,* de obicei, după câteva ore. Sângerarea este adesea foarte redusă cantitativ și rareori abundentă. Sângele este amestecat cu un mucus noroios sau, nu de puține ori, cu un material fecaloid, brun sau galben. Totuși, există cazuri în care trecerea sângelui în scaun nu poate fi pusă în evidență decât dacă se face un control sistematic al pacientului, cel puțin 24 sau 48 de ore după apariția durerii. Medicul practician trebuie să învețe el însuși să stabilească diagnosticul de invaginație înaintea apariției sângelui în scaun.

Vărsăturile. Sunt prezente în general, dar la început nu prea severe. Nu devin niciodată severe, decât numai în stadiile tardive, odată cu apariția ocluziei complete și a peritonitei. Conținutul stomacului este returnat iar lichidele ingerate nu sunt reținute. Mai târziu, vărsăturile devin bilioase și rar fecaloide.

Tumora abdominală. Ceva mai târziu, aproximativ odată cu apariția sângelui în scaun, se observă și prezența în abdomen a unei tumori, provocată de intestinul invaginat. Tumora poate fi simțită în regiunea lom-

Scanned with OKEN Scanner

bară stângă sau în fosa iliacă stângă, în funcție de progresia realizată de invaginație de-a lungul colonului. Tumora este de formă ovală, adesea fiind comparată, în mod adecvat, cu un cârnat. Uneori, ea devine mai consistentă, corespunzând accentuării contracției musculare peristaltice. În mod frecvent, tumora poate fi ușor simțită, dar, de multe ori, acest lucru nu este posibil, deoarece relaxarea peretelui abdominal este insuficientă. *Deseori nu se poate simți tumora și din cauza ficatului, care, prin suprapunere, ascunde locul invaginației.*

Șocul. Severitatea durerii se însoțește proporțional cu paloarea extremă facială, cu pupilele dilatate și cu aspectul anxios al copilului. Adevărata stare de șoc vascular apare mai târziu, când mortalitatea se dovedește a fi mult mai mare. Diagnosticul trebuie deci stabilit înainte de apariția șocului.

Peristaltismul vizibil. Uneori, peristaltismul poate fi văzut prin peretele abdominal. Întărirea simultană a tumorii în timpul peristaltismului a fost relatată mai sus.

Fosa iliacă dreaptă neocupată. În varianta clinică enterocolică, cea mai frecventă, aproape de la început, *faptul că fosa iliacă dreaptă apare neocupată de cec la palpare* este un semn important, caracteristic pentru diagnostic, și se explică prin antrenarea cecului în procesul invaginației, care avansează progresiv (semnul Dance) (fig. 29).

Constipația. Aceasta nu este deloc absolută. În mod excepțional, o invaginație poate să fie prezentă și, totuși, tranzitul intestinal să rămână normal; adesea, materialul fecal poate fi amestecat cu sânge și mucus. Cu toate acestea, pe măsură ce boala avansează, constipația se accentuează și până la urmă devine absolută. Deci, medicul trebuie să știe că poate, uneori, să pună diagnosticul de invaginație intestinală în absența unei constipații absolute.

Tenesmele. Pe măsură ce vârful invaginației se apropie de rect apar *tenesmele,* tot mai des, care se manifestă la copil prin eforturi constante și încordate pentru învingerea obstacolului. În acest stadiu avansat se poate simți, uneori, prin tușeu rectal, apexul congestionat al invaginației, iar, alteori, *apexul iese chiar în afară prin anus,* ca o tumoretă roșie, congestionată și moale.

Distensia abdominală. În cazurile tardive sau neglijate, obstrucția crescândă a lumenului intestinal duce la *distensie abdominală,* crescând concomitent și frecvența vărsăturilor.

Ocluzia și peritonita. În stadiul final, obstrucția intestinală devine completă, iar peritonita este inerentă din cauza gangrenei intestinului devitalizat și a infectării peritoneului. Vărsăturile se repetă mai des, iar semnele de toxemie și de epuizare încheie scena finală.

Scanned with OKEN Scanner

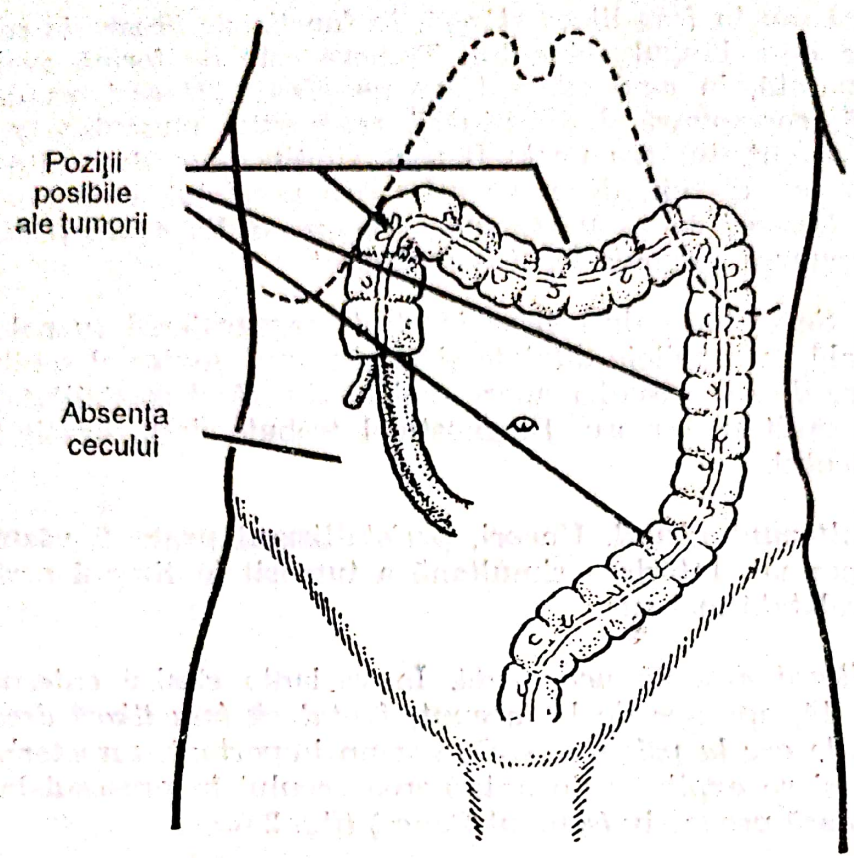


Fig. 29. Localizările posibile ale tumorilor abdominale, ca și absența cecului din fosa iliacă dreaptă în caz de invaginație. (Ultima situație reprezintă un aspect diagnostic valoros, prin care se diferențiază invaginația de colită.)

Febra. În plus față de simptomatologia de mai sus, se notează și febră, până la 100°F (37,8°C). Deseori pot fi prezente chiar valori mai mari, chiar din primele 24 de ore.

DIAGNOSTIC

De obicei, diagnosticul de invaginație este dificil de stabilit la copil. Vârsta copilului, starea anterioară bună de sănătate, debutul brusc, cu dureri abdominale, ce apar paroxistic, în crize, cu posibilitatea de a provoca șocuri severe, tranzitorii, cu eliminări de sânge și mucus în scaun și prezența unei formațiuni tumorale în abdomen, în formă de cârnat, reprezintă un tablou clinic suficient de caracteristic, care să nu lase dubii asupra diagnosticului. Cazuri îndoielnice sunt acelea în care, la prima vizită a medicului, crizele de durere nu sunt severe, ci moderate, și nu se palpează nici o tumoră. În astfel de cazuri, dacă istoricul bolii este sugestiv sau caracteristic pentru invaginație sau a dezvăluit sânge și mucus în scaun, atunci se impune efectuarea unei clisme baritate. Cu aju-

Scanned with OKEN Scanner

torul acestei irigografii s-ar putea nu numai să se pună diagnosticul de invaginație, dar, în același timp, clisma ar ajuta reducerea invaginației, dacă aceasta este prezentă (planșa 8).

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

În stadiul precoce al invaginației abdominale se face cu:

1. Colica simplă.
2. Colita și enterocolita.
3. Polipul rectal.

În stadiul tardiv, intră în discuție pentru excludere:

4. Prolapsul anal sau rectal.
5. Alte cauze de ocluzie și peritonită.
6. Purpura Henoch-Schönlein.

Colica simplă. În colica simplă, evidența durerii nu este atât de proeminentă, nici șocul atât de grav. Nici o massă tumorală nu va fi simțită în abdomen și nici nu se va evidenția sânge în scaun. Durerea, de obicei, cedează când intestinul este golit.

Colita și enterocolita. Aceste afecțiuni furnizează principala dificultate de diagnostic la copiii mici, la care se întâlnește destul de frecvent enterocolita acută. Important este că, uneori, colita este acompaniată de prezența scaunelor cu sânge și mucus. Principalele criterii de diferențiere sunt următoarele:

1. În colită există în mod obișnuit un stadiu preliminar de diaree neînsoțită de sânge.
2. Copiii care cad victimă cu ușurință colitei sunt frecvent insuficient nutriți. Cei cu invaginație sunt mai curând obezi și supraalimentați.
3. Frecvența scaunelor la cei cu colită este net mai mare și, de regulă, scaunele conțin mai mult material fecal decât la cei cu invaginație.
4. În colită nu se palpează tumoră abdominală.
5. În colită se poate palpa cecul în fosa iliacă dreaptă și, de asemenea, sunt prezente acele zgomote caracteristice, ca niște gâlgâituri la palpare și borborisme la auscultație, spre deosebire de cei cu invaginație unde, la palparea fosei, nu se simte prezența cecului în cele mai multe cazuri.
6. În colită, crizele de durere sunt de obicei mai puțin severe.
7. În sfârșit, în colită există uneori sensibilitate dureroasă la palparea întregului colon.

Simptomele obstructive și distensia nu sunt atât de frecvente în colită. Tenesmele pot fi prezente în ambele circumstanțe. Faptul că există

și alte cazuri similare în aceeași perioadă ar putea ajuta la diagnosticarea colitei, deci un aspect epidemic de colită. Așa cum s-a menționat mai sus, în cazurile dubioase, o radiografie după o clismă baritată stabilește diagnosticul. Două sau trei grade F (1°C—2°C) de febră peste normal ar fi prezente în ambele situații clinice, astfel că acest simptom nu poate fi utilizat ca un criteriu diagnostic.

Prolapsul de anus și de rect. Cazurile rare de invaginație cu apexul ieșit prin anus trebuie diferențiate de prolapsul rectal. În acesta din urmă, se poate vedea prezența unui manșon de membrană mucoasă prolabată în jurul deschiderii centrale, iar degetul explorator poate fi introdus numai pe o mică distanță între mucoasă și sfincterul extern; în timp ce în cazul invaginației cu prolabare de apex deschiderea porțiunii prolabate este îndreptată spre partea posterioară a proiecției, iar degetul explorator poate fi ușor inserat între porțiunile anterioară sau laterală ale proiecției și sfincterul anal. Important este că orice invaginație care a avansat până la anus va fi însoțită de o considerabilă distensie abdominală, precum și de simptome caracteristice pentru ocluzia intestinală.

Ocluzia și peritonita. Stadiile tardive de invaginație în care apexul nu a avansat departe, până la rect, și care sunt însoțite de simptome de ocluzie intestinală avansată sau de peritonită (de exemplu: distensie, vărsături frecvente, toxemie și colaps) pot fi diagnosticate diferențiat față de alte cauze generatoare de aceleași simptome numai prin anamneză, luându-se în considerare istoricul debutului și evoluția bolii din stadiile anterioare.

Purpura Henoch-Schönlein. La copiii care au depășit perioada neonatală și, ocazional, chiar și la cei până în 2 ani, invaginația trebuie diferențiată de purpura Henoch-Schönlein, o boală caracterizată prin dureri abdominale, vărsături, scurgere de sânge *per* anus și, în plus, fenomene articulare și o erupție de pete purpurice pe tegumente. Sângerarea ține de efuziunea sângelui în pereții intestinali. La seria de copii descrisă de Henoch, cel mai mic avea 4 ani, deci incidența vârstei de apariție a celor două afecțiuni poate constitui un criteriu de diagnostic diferențial, incidența invaginației predominând la cei sub 2 ani. Este important, deci, pentru diferențierea celor două entități clinice, a căuta obligator existența petelor purpurice și a fenomenelor de artrită. Foarte rar s-a semnalat coexistența ambelor afecțiuni: invaginația și purpura Henoch. Și aici, un rol hotărâtor pentru diagnostic revine irigoscopiei cu bariu.

INVAGINAȚIA SUBACUTĂ ȘI CRONICĂ

Există și unele cazuri de invaginație cronică, care sunt însoțite de semne ușoare de ocluzie intestinală, dar cu progres neîntrerupt și cu puseuri dureroase repetate, uneori la intervale considerabile, până când va apărea un puseu final și serios de ocluzie. În aceste cazuri, scaunele

Scanned with OKEN Scanner

pot fi normale sau aproape normale până la criza finală, iar medicul observator, foarte probabil, poate fi indus în eroare de cronicitatea și intermitența simptomelor. Personal, am întâlnit un astfel de caz, dar interpretat greșit: *peritonită TBC* și *enterită*. Bolnavul mai prezenta scaune moi, precum și o formațiune tumorală în epigastru, considerată a fi un epiploon contorsionat, dar care, în realitate, era o manifestare a invaginației. În aceste forme subacute, valoarea radiografiei este inestimabilă.

INVAGINAȚIA SIGMOIDULUI LA VÂRSTNICI

Invaginația este foarte rară la vârstnici, dar, atunci când apare, ea afectează în general regiunea sigmoidorectală, determinând dureri frecvente în hipogastru și tenesme, în timp ce mucusul și, mai târziu, sângele se elimină printr-un anus mai curând deschis. Examinarea rectală demonstrează cu ușurință apexul edematos al invaginației, care rar dacă depășește mai mult de 2,5 cm. Un polip, sau o tumoră malignă, poate uneori să formeze apexul.

În unele regiuni din Africa sau din India, invaginația este mai frecventă la adulți decât la copiii mici.

Ocluzia intestinală a nou-născutului

Ocluzia intestinală la copiii până în 2 ani și la copiii mici este serioasă și, de obicei, periculoasă.

Nou-născuții pot prezenta obliterare completă, în orice parte a lumenului intestinului subțire și al celui gros, sau pot prezenta o ocluzie datorată malrotației unei bucle intestinale. Ocluzia poate fi în duoden, jejun, ileon sau intestinul gros. Uneori, ea nu este o obstrucție completă, ci o strâmtoare sau o stenoză; în aceste cazuri, simptomele vor fi mai insidioase ca debut și mai gradate ca evoluție.

Dacă ocluzia este în duoden sau în ileonul superior, simptomele încep după 48 de ore de la naștere, debutând cu vărsături, care devin continue și persistente. Conținutul vărsăturii este bilios. Orice fel de lichid alimentar luat pe gură va fi repede returnat. Va apărea distensie în stomac și duodenul superior, la nivelul epigastrului. Abdomenul inferior este normal. Se poate nota și un peristaltism gastric vizibil. Copilașul este apatic, nu arată nici o dorință de a se alimenta și slăbește rapid, devenind deshidratat. O radiografie simplă va evidenția, în mod caracteristic, mult aer limitat în stomac și în duoden, dar nu mai jos. Tabloul clinic și cel radiologic caracteristic fac de obicei diagnosticul mai clar. *Ori de câte ori se prezintă aspectul așa-numitei „duble bășici", produs de dilatația stomacului și de prima parte a duodenului, mecanismul ocluziei poate fi:*

atrezia duodenală, pancreasul inelar sau aderențe duodenale asociate cu malrotații intestinale.

Când obstrucția intestinală este mai joasă, la nivelul ileonului, simptomatologia apare mai lent, dar este mai precisă. Ansele intestinale se vor dilata în mod treptat și vor forma o distensie cu aspect „în scară". Vărsăturile, care au survenit la câteva zile de la naștere, se vor modifica, din bilioase devenind brune, cu aspect și miros fecaloid. O radiografie abdominală va evidenția distensia anselor intestinului subțire, dar lipsa gazelor la nivelul intestinului gros. Mecanismul apariției obstrucției este, de obicei, o atrezie, deși ar fi posibil de luat în considerație și un volvulus la mijlocul intestinului sau un ileus meconial.

Anusul neperforat se poate observa, de obicei, la naștere dar, dacă ocluzia ar fi localizată la nivelul colonului înalt, mai pot trece câteva zile înainte de apariția simptomelor serioase. Distensia intestinală în mod treptat progresivă și, poate, apariția vărsăturilor precum și absența totală a scaunelor normale vor da cu siguranță alarma pentru efectuarea de noi investigații.

În atrezia intestinului subțire și a colonului, scaunele, deși nu sunt normale, pot totuși să treacă și nu atrag imediat atenția asupra gravității situației. Din fericire, există un test simplu care ar putea preciza elementul esențial: dacă obstrucția este sau nu completă — testul Farbes. Se știe că intestinul fătului conține un strat subțire de *vernix caseosa*, material care va fi înghițit, ajungând astfel să fie prezent în scaunul tuturor nou-născuților, cu excepția celor cu obstrucție intestinală completă. Testul Farbes, care pune în evidență prezența celulelor cornificate din *vernix caseosa* în scaun, se face în felul următor. Din conținutul materialului fecal se recoltează un frotiu pe o lamă de sticlă, care va fi colorat cu violet de gențiană; lama este apoi spălată cu apă curentă și după aceea se adaugă acid-alcool, pentru decolorare. Celulele cornificate din *vernix caseosa* reține însă culoarea și, astfel, pot fi ușor recunoscute.

ILEUSUL MECONIAL

Ileusul meconial este o formă de ocluzie intestinală care, până relativ recent, era aproape invariabil fatală; totuși, în ultimii 20 de ani, metode noi de tratament au dus la salvarea vieții unui număr de pacienți.

Ileusul meconial este o stare clinică asociată, de obicei, cu boala fibrochistică a pancreasului, în care meconiul din partea joasă a intestinului se solidifică într-o așa măsură, încât lumenul intestinal ajunge complet obstruat. Meconiul este deja îngroșat și aderent, astfel că nu poate să se deplaseze ușor de-a lungul intestinului. În mod frecvent, el astupă ultimii 10, 20 sau chiar 30 cm din ileon, care va fi considerabil dilatat și foarte îngroșat. Vărsăturile încep o zi sau două imediat după naștere, când este prezentă și o distensie, dar moderată. Scaunul nu poate oferi o imagine prea clară, dar o radiografie simplă evidențiază ansele

Scanned with OKEN Scanner

intestinale mărite de volum în mod variabil, de obicei fără prezența unor niveluri hidroaerice. Pe radiografie, meconiul îngroșat se prezintă uneori cu un aspect granulat caracteristic, care nu apare în alte forme de ocluzie intestinală. În cazurile necomplicate, o irigografie cu Gastrografin poate, de obicei, să pună diagnosticul și chiar să corecteze obstrucția, fără a mai recurge la operație. La toți nou-născuții cu ocluzie a intestinului subțire, o clismă-contrast (baritată) poate pune, de obicei, în evidență un așa-zis „microcolon". Acesta nu trebuie să fie greșit interpretat ca o strâmtorare anatomică. Mai curând, microcolonul reprezintă un colaps funcțional al colonului, care s-ar putea corecta cu ușurință de la sine sau prin clisme dilatatoare blânde, dacă se consideră necesar. Tratamentul eventualei deficiențe pancreatice trebuie să fie continuat ulterior.

STENOZA PILORICĂ HIPERTROFICĂ

Aceasta este o stare de urgență care, de obicei, apare în luna a doua de viață. Simptomele survin din a șasea săptămână după naștere, debutând cu vărsături, care devin în mod treptat persistente. Ca regulă generală, conținutul vărsăturilor nu este bilios. Peristaltismul gastric poate fi vizibil. De obicei, o mică tumoră, așa-numita „măslină" sau „măslină îngropată", poate fi simțită la palpare în abdomenul superior, situată sub ficat, în hipocondrul drept sau în epigastru. Simptomele de stenoză pilorică hipertrofică sunt în general suficient de caracteristice pentru a preciza un diagnostic corect. O examinare ultrasonografică poate fi necesară pentru confirmarea prezenței „măslinei".

OCLUZIA INTESTINALĂ PRINTR-O ANOMALIE DE RĂSUCIRE A MEDIOINTESTINULUI

Se știe că în perioada precoce a dezvoltării normale embrionare există un moment când porțiunea medie a intestinului fetal, în relație cu ombilicul, adică mediointestinul, suferă o răsucire fiziologică în vederea stabilirii poziției definitive a intestinului în cavitatea abdominală. Această rotație se face în sensul invers acelor unui ceasornic, astfel încât cecul și partea colonică respectivă ajung să ocupe partea dreaptă a abdomenului (fosa iliacă dreaptă și flancul drept).

Ocazional, ca o anomalie embrionară, rotația mediointestinului poate să nu mai aibă loc, ceea ce facilitează la unii nou-născuți apariția unor crize de ocluzie intestinală. Totuși, relativ recent, s-a arătat că o astfel de anomalie embrionară poate să aibă consecințe și mai tardive, deci să apară simptome similare și la adulți.

În viața neonatală, anomalia de răsucire a mediointestinului produce ocluzie intestinală fie din cauza aderențelor care se extind de la cecul incomplet rotat la peretele abdominal posterior, ceea ce înseamnă legarea de duoden și, implicit, obstrucția lui, fie din cauza volvulusului

Scanned with OKEN Scanner

mediointestinului. Ultima eventualitate apare deoarece nu există o fixare a mezenterului de intestinul subțire, permițând astfel mai multe rotații în jurul axei vaselor mezenterice superioare și, în consecință, apariția gangrenei.

În viața adultă, simptomele anormale sunt: cele ale ocluziei intestinale acute sau subacute, deoarece ele apar în general ca un rezultat al volvulusului mediointestinului, mai curând decât prin intervenția aderențelor duodenale. Crizele pot apărea de la o vârstă timpurie până târziu, în decada a șasea, iar intervalul dintre crizele recurente ale ocluziei variază de la câteva săptămâni, până la mai multe luni. De regulă, crizele sunt autolimitate și durează de la una la trei zile. Simptomele sunt bine definite. Fiecare criză începe cu o durere abdominală centrală însoțită de vărsături și se termină cu diaree, indicând faptul că ocluzia s-a îndreptat de la sine. Între crize nu există simptome sau semne fizice anormale, dar prezența în istoric a unor astfel de crize ar sugera medicului observator necesitatea de a consulta și un medic radiolog competent, specializat în examinarea cu raze X, pentru decelarea defectului de răsucire a mediointestinului.

Scanned with OKEN Scanner

15. Diagnosticul precoce al herniilor strangulate şi obstrucţionate

Una din cele mai frecvente şi mai periculoase forme de ocluzie intestinală este cea prin hernie strangulată. Majoritatea orificiilor herniare prin care conţinutul abdominal poate să iasă în afară sunt delimitate de o margine fibroasă mai întărită, potenţial mai agresivă, capabilă să provoace destul de repede fie o necroză locală a intestinului la locul de presiune, fie o interferenţă cu aportul sanguin prin compresiunea arterelor mezenterice respective, consecinţa fiind gangrena intestinală. Este adesea foarte greu de apreciat dacă o hernie este doar obstruată sau este strangulată, deoarece durerea şi constipaţia sunt, de obicei, prezente în ambele cazuri.

Simptomele herniei strangulate sunt cele ale ocluziei intestinale, la care se adaugă prezenţa unei formaţiuni pseudotumorale, dureroasă sau sensibilă, adesea în tensiune, la nivelul uneia din regiunile herniare. În anumite cazuri, totuşi, nu există o sensibilitate dureroasă locală, sau ea este nesemnificativă, neatrăgând atenţia asupra herniei. Simptomele obstructive variază în funcţie de natura părţilor strangulate în sacul herniar. Dacă în hernie este prins jejunul, simptomele care rezultă sunt foarte acute; dacă numai intestinul gros este prins în sac, simptomele sunt, în general, subacute, dar, cu toate acestea, serioase. Dacă numai epiploonul singur este strangulat sau dacă este prezentă hernia Richter, vor exista simptome ca: durere, constipaţie, greţuri, uneori vărsături, dar niciodată ocluzia intestinului nu va fi completă.

Şocul, ca frecvenţă, este variabil, dar poate fi sever dacă strangularea a survenit tardiv. Când intestinul subţire în porţiunile sale inferioare este complet obstrucţionat, vărsăturile capătă, în mod treptat, un caracter fecaloid.

Deoarece, lăsând la o parte operaţia, este aproape imposibil să fii sigur că există sau nu intestin în sacul herniar şi întrucât o ocluzie mecanică a intestinului este până la urmă la fel de periculoasă ca şi strangularea, *este bine să se trateze toate herniile dureroase şi tensionate ca şi când ar fi strangulate*. Exceptând cazul herniilor foarte uşor reductibile, noi considerăm că toate herniile dureroase, însoţite de durere abdominală şi de alte simptome de ocluzie, ar trebui să fie tratate ca hernii strangulate, prin operaţie, fără a mai încerca reducerea lor prin taxis. Dacă pentru a reduce o hernie este nevoie de a recurge şi la un anestezic, este mult mai bine ca reducerea să fie făcută prin intervenţie chi-

Scanned with OKEN Scanner

rurgicală deschisă. Tratamentul medical, cu pungi de gheață, prișnițe etc., trebuie să fie privit ca reprezentând o amânare greșită și periculoasă.

Sunt redate mai jos câteva aspecte diagnostice practice în legătură cu fiecare din principalele varietăți de hernii strangulate (inghinală, femurală etc.).

Hernia inghinală strangulată

In general, diagnosticarea unei hernii inghinale strangulate este un lucru foarte ușor. Pacientul cunoaște de obicei de mult existența herniei și, probabil, pentru un timp, a purtat și un bandaj suspensor. Apariția bruscă a unei rupturi a herniei, însoțită de dureri abdominale, vărsături, stare de tensiune, sensibilitate dureroasă la locul formațiunii pseudotumorale formează un tablou clinic clar și ușor diagnosticabil. Dar nu se poate exclude posibilitatea unei erori, care ar apărea în următoarele condiții clinice.

Vărsături datorate unor alte cauze. Prezența vărsăturilor în cazul unor hernii inghinale care nu pot fi reduse ar da naștere unei suspiciuni de strangulare. Vărsătura de sarcină sau aceea întâlnită ca debut al unei apendicite ar putea conduce la o interpretare eronată. Dar, în astfel de cazuri, *sacul herniar nu este de obicei nici în tensiune și nici sensibil, dar conținutul său poate fi ușor reductibil.* Problema este mai complicată atunci când un pacient cu hernie cronică încarcerată și ireductibilă prezintă o stare abdominală catastrofală de altă natură, dar în acest caz sacul herniar nu este în tensiune. Când urgența sau situația abdominală catastrofală ca, de exemplu, perforația unui ulcer peptic sau ruptura unui colecist, se întâmplă să apară la un purtător de hernie ireductibilă, va exista, totuși, sensibilitate la nivelul locului herniar și diagnosticul trebuie să fie pus ținând seama de anamneză și de existența altor semne și simptome abdominale.

Torsiunea sau inflamația unui testicul inghinal ectopic și necoborât. Ocazional, această situație clinică poate simula o hernie inghinală strangulată. Dar, absența testiculului din hemiscrotul de partea afectată va susține posibilitatea unui testicul ectopic necoborât. În cazul torsionării acestui testicul „inghinal", se notează o durere locală foarte severă, precum și vărsături, care încep precoce, dar niciodată acestea nu vor fi fecaloide. Uneori, ar mai exista un simptom, constipația, care se rezolvă ușor prin clismă.

O eventualitate foarte rară este metastaza cauzată de oreion, care apare în testicului ectopic inghinal și care ar putea duce la diagnosticul de hernie strangulată, dar în acest caz lipsește ocluzia intestinală.

Scanned with OKEN Scanner

De reamintit că testicului ectopic, necoborât, este adesea asociat cu o anumită hernie inghinală — varietatea interstițială.

Inflamația ganglionilor inghinali sau iliaci. Aceste mici formațiuni, de obicei difuze și fixe, sunt însoțite de un ușor eritem al tegumentelor și de un edem al țesuturilor subcutanate. Vărsăturile și durerea intra-abdominală vor fi absente sau foarte discrete, dar febra este aproape sigur prezentă. O distincție mai precisă poate fi făcută, ocazional, prin operație.

Hidrocelul acut al cordonului spermatic. Deși reprezintă o eventualitate foarte rară, hidrocelul poate simula o hernie strangulată, dar durerea și formațiunea tensionată inghinală care se întâlnesc în cazul hidrocelului acut nu provoacă vărsături atât de severe, niciodată fecaloide, și nu există nici o evidență de ocluzie intestinală.

Tromboza venelor cordonului spermatic. Tromboza sau flebita supurată a venelor cordonului spermatic cauzează o tumefacție dureroasă a cordonului și a țesuturilor înconjurătoare, dar, în aceste condiții, testicul este mărit de volum și sensibil, ceea ce constituie cheia diagnosticului.

Fibromul subperitoneal. Personal, am întâlnit de mai multe ori astfel de cazuri la gravide, manifestându-se printr-o tumefacție în regiunea inghinală și ducând la suspiciunea unei hernii strangulate, din cauza coexistenței unor vărsături, care erau explicate prin sarcină. Examinarea clinică adecvată a pus în evidență, prin palpare, o tumoră mobilă, separată de peretele abdominal, fără să fie sensibilă și niciodată însoțită de vărsături care să fi devenit fecaloide.

Hernia femurală strangulată

O hernie femurală strangulată dă naștere la mai multe erori de diagnostic decât hernia inghinală strangulată. Hernia este adesea foarte mică și se pretează mai ușor să treacă neobservată în stratul de grăsime prezent deseori în regiunea safenă. Uneori, numai un mic „cot intestinal", cuprinzând o mică porțiune din circumferința intestinală, este prins în canalul femural și mai puțin probabil se poate simți vreo proeminență la nivelul coapsei. Dacă însă hernia este mare, ea se prezintă cu un aspect piriform, cu baza rotunjită și cu un gât mai strâmt și lung, ce ar permite unele mișcări libere, adesea *indolore* și pendulare, dintr-o parte în alta, ale părții fundice. Tocmai această absență a fixi-

tăţii sacului l-ar putea face pe medicul observator să creadă că nu este vorba de nici o strangulare.

O hernie femurală strangulată ar putea fi simulată de:

1. Un grup de ganglioni limfatici inghinali inflamaţi.
2. Tromboza unei varice a venei safene.
3. Un apendice inflamat în sacul femural herniar.
4. Un hidrocel dureros şi în tensiune al unei hernii inghinale strangulate.

O hernie inghinală strangulată a fost adesea considerată a fi prezentă când, de fapt, leziunea era în sacul femural.

Grupul de ganglioni limfatici inghinali inflamaţi. Această limfadenită inghinală acută este caracterizată printr-un grup de ganglioni ceva mai fixaţi, care dau naştere unui edem mai accentuat şi, posibil, unui eritem al tegumentelor supraiacente, constituind fenomene inflamatorii secundare, care rezultă dintr-o cauză primară detectabilă la nivelul coapsei corespunzătoare sau la nivelul regiunii anoperineale. Totuşi, cazul nu se prezintă întotdeauna aşa, iar diferenţierea dintre limfadenita inghinală acută şi o hernie femurală este aproape imposibilă. Dacă însă cazul se prezintă în acest fel, se impune operaţia. Desigur, ocluzia intestinală şi vărsăturile nu pot fi decât absente.

Varicele trombozate ale venei safene. O astfel de stare clinică, de obicei, nu dă naştere nici la vărsături şi nici la dureri abdominale. Dacă tromboza se extinde în sus, spre venele iliace, vor apărea dureri şi sensibilitate la palpare în regiunea iliacă de partea respectivă.

Apendicele inflamat. Un apendice inflamat acut în sacul femural herniar nu poate să fie diferenţiat, în mod definitiv, înainte de operaţie, faţă de o hernie femurală strangulată omental, deşi s-ar putea suspecta o apendicită dacă anamneza dezvăluie existenţa unor crize prealabile în antecedente. Dacă apar însă vărsături fecaloide, diagnosticul se îndreaptă clar către o strangulare a intestinului în sac.

Hernia inghinală strangulată. Aceasta se poate diferenţia de o hernie femurală strangulată prin faptul că, în primul caz, formaţiunea pseudotumorală apare cu o localizare abdominală, medial de pubis şi deasupra ligamentului Poupart.

În general, orice formaţiune tumorală în regiunea canalului femural, care apare brusc şi devine din ce în ce mai mare şi mai dureroasă, fiind acompaniată de *greaţă* şi *vărsături*, ar putea fi considerată ca hernie femurală strangulată, care necesită operaţie de urgenţă. O hernie femurală mică, dar conţinând intestin strangulat poate uneori să dea naştere unor dureri locale foarte uşoare şi să apară sensibilitate la palpare, de asemenea foarte redusă. În astfel de cazuri, durerea abdominală gene-

Scanned with OKEN Scanner

rală și vărsăturile pot domina scena, dar mica hernie descrisă mai sus poate să fie trecută cu vederea.

În acele cazuri rare, în care o pungă a cecului a devenit strânsă puternic într-o hernie femurală, nu se va ajunge la durere abdominală, nici la vărsături și nici la ocluzie intestinală, chiar dacă porțiunea herniată se gangrenează. Acest fapt implică necesitatea de a se explora cu multă atenție orice formațiune, cât de mică, dar sensibilă și dubioasă, care apare în regiunea femurală. Ca regulă generală, dacă este vorba despre o hernie inghinală strangulată sau de o hernie femurală strangulată, diferențierea între aceste două eventualități clinice este doar pur teoretică și nu de interes practic, deoarece ambele necesită operație de urgență.

Herniile ombilicale, ventrale și obturatorii, obstruate și strangulate

HERNIA OMBILICALĂ

Herniile ombilicale și paraombilicale sunt mai frecvente la femei și la persoanele obeze (fig. 30).

O hernie ombilicală conține, de obicei, epiploon și în mod frecvent intestin gros. Intestinul subțire se întâlnește mai rar în sacul herniar. Dacă apar obstrucția sau strangularea, mult mai probabil simptomele vor fi subacute și vor îmbrăca mai curând aspectul caracteristic întâlnit în obstrucția de intestin gros. Cele două erori mai frecvente de diagnostic, care se fac în legătură cu hernia ombilicală, sunt următoarele: (1) a trece cu vederea peste o mică hernie încastrată adânc în grăsime și (2) a crede că hernia nu este strangulată din cauză că simptomele nu sunt foarte acute. Faptul că procentajul de mortalitate la intervențiile chi-

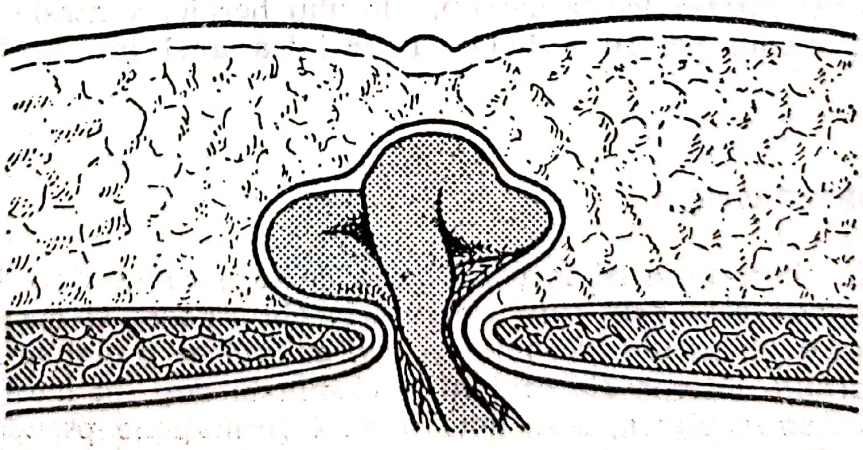


Fig. 30. Modul în care o hernie ombilicală poate proemina și se poate ascunde în grăsimea peretelui abdominal.

rurgicale pentru hernia ombilicală strangulată este de trei ori mai mare decât în cazurile operate pentru herniile strangulate inghinale și femurale poate arăta cât de serioasă este nevoia de a stabili un diagnostic și a efectua operația cât mai curând posibil.

Un bolnav purtător de hernie cu strangulare potențială poate prezenta în mod frecvent, la intervale variate, crize obstrucționale, încarcerări tranzitorii, toate acestea înainte de criza acută, de strangulare. Datorită faptului că celelalte crize precedente au trecut cu bine, bolnavul și-a format o părere greșită că va scăpa mereu. Numai după ce a trecut printr-o criză severă de strangulare, cu toate consecințele ei (gangrenă intestinală, omentală, a tegumentului ce acoperă hernia, abces fecal etc.), pacientul, medicul, anturajul își vor da seama cât de eronată a fost acea părere și de gravitatea extremă a ultimei crize.

Diagnostic. Diagnosticul unei hernii ombilicale obstrucționate se face pe baza apariției durerii abdominale, pe lângă vărsături, constipație și sensibilitate locală la presiunea formațiunii tumorale, care întotdeauna, prin palpare profundă, poate fi simțită în stratul de grăsime, chiar dacă ea nu proemină în mod evident la suprafață, în regiunea ombilicală. Dacă intestinul subțire este obstrucționat în sac, simptomele vor fi în mod corespunzător mai acute, vor apărea vărsături, care pot deveni fecaloide.

Este adesea greu de spus, înainte de a deschide sacul prin operație, dacă avem de-a face cu o obstrucție ombilicală simplă sau cu o strangulare.

HERNIA VENTRALĂ

Ca și în cazul unei hernii ombilicale, aceleași considerații generale se pot face și în cazul herniei ventrale, exceptând faptul că, mult mai frecvent, intestinul subțire se găsește în sacul herniar și, în consecință, se vor observa și simptome acute. Durerea abdominală, vărsăturile, constipația și sensibilitatea locală deasupra locului herniei ventrale sunt suficiente argumente pentru a indica necesitatea unei intervenții chirurgicale.

HERNIA OBTURATORIE

Hernia obturatorie își forțează calea de expansiune de-a lungul canalelor osteofibroase prin care trec vasele obturatoare și nervii obturatori. Hernia este întotdeauna mică și mai curând ar trebui să fie clasată printre herniile interne ale cavității abdominale deși, în mod ocazional, când apare strangularea, s-ar nota o mică formațiune pseudotumorală, cu o senzație de plenitudine, precum și o sensibilitate la palpare în regiunea supero-internă a coapsei, corespunzătoare mușchilor adductori.

Scanned with OKEN Scanner

Hernia obturatorie apare mai ales la femei vârstnice și slăbite prin hipo-nutriție.

Simptomele de strangulare sunt cele din ocluzia intestinului subțire, *adesea de tip Richter*. Singurul simptom local poate fi o oarecare durere ce iradiază în jos, înspre partea internă a coapsei, de-a lungul distribuției nervului obturator.

Testul rotației coapsei poate fi pozitiv și, în adevăr, orice mișcare a coapsei care implică în acțiune mușchii obturatori poate cauza durere. *Examinarea rectală prin tușeu este importantă, deoarece poate releva o massă palpabilă și sensibilă* în regiunea canalului obturator.

16. Simptomele abdomenului acut datorate leziunilor vasculare

În ultimii 20 de ani s-a realizat un avans rapid și notabil în chirurgia vaselor sanguine mari și numeroase stări clinice, care înainte erau în afara domeniului chirurgiei curative, au devenit abordabile printr-un astfel de tratament.

Principalele stări clinice care necesită a fi notate sunt:

1. Tromboza sau embolia arterei mezenterice.
2. Ischemia intestinală non-ocluzivă.
3. Tromboza venoasă mezenterică.
4. Anevrismul disecant.
5. Anevrismul abdominal fisurat sau rupt.
6. Hemoragii interne de alte cauze (intraperitoneale).

Tromboza sau embolia arterei mezenterice

Tromboza sau embolia mezenterică afectează, cel mai adesea, teritoriul arterei mezenterice superioare și, dacă principalul trunchi al arterei este implicat proximal sau distal în raport cu ramura arterei colice mijlocii, aceasta va influența evident evoluția bolii și extensia gangrenei intestinale. Dacă o anamneză detaliată indică un angor abdominal cu câteva săptămâni sau luni înaintea episodului acut pentru care este consultat bolnavul, diagnosticul se orientează spre ocluzie trombotică a arterei mezenterice superioare sau a ramurilor sale. Pe de altă parte, un istoric sugerând o endocardită recentă sau, chiar mai important, prezența unei aritmii, cum ar fi fibrilația arterială, ar orienta diagnosticul spre o embolizare a aceleiași artere. Ca regulă generală, reținem că *orice pacient cu o aritmie de tip fibrilație arterială, care acuză dureri abdominale, este cu siguranță suspectat că prezintă o embolizare a arterei mezenterice superioare, până la proba contrarie.*

Scanned with OKEN Scanner

SIMPTOME ȘI SEMNE

Debutul simptomelor fiind deosebit de insidios, este greu de stabilit la început dacă ele au la bază o tromboză sau o embolie. Pacientul se plânge inițial de o ușoară durere abdominală, localizată central, cu caracter colicativ, care se accentuează prin ingerare de alimente și care, de obicei, este însoțită de ușoare grețuri și vărsături. Diareea este frecventă, scaunele conținând adesea sânge detectabil fie macro-, fie microscopic. Distensia abdominală este treptată, dar sensibilitatea dureroasă la palpare și rigiditatea musculară sunt absente la început, însă vor apărea mai târziu, în cursul evoluției bolii. Febra, leucocitoza, hipotensiunea și tahicardia sunt manifestări care apar tardiv (uneori chiar prea târziu!), astfel încât încercările de a stabili un diagnostic corect trebuie să preceadă perioada în care situația devine clară, pentru un medic observator cu mai puțină experiență. O peritonită evidentă apare atât de târziu în cursul bolii, încât ea ar putea foarte bine să fie privită ca un eveniment premorbid. *Este puțin cunoscut și apreciat faptul că simptomele precoce sunt prezente și relativ moderate în 50% din cazuri, cu trei până la patru zile înainte de a solicita consultul medical.* Acest fapt atestă destul de bine cât de decepționantă poate fi evoluția aparent benignă în faza precoce a bolii. Singura metodă sigură pentru stabilirea unui diagnostic preoperator de tromboză a arterei mezenterice este arteriografia.

Ischemia intestinală non-ocluzivă

În ultimii ani, această stare clinică a fost recunoscută din ce în ce mai frecvent. A devenit cert faptul că atât intestinul subțire, cât și cel gros pot suferi modificări de ischemie și chiar de necroză, fie parțială, fie chiar în toată grosimea peretelui intestinal, *în absența unei ocluzii vasculare organice evidente.* Mai expus la o astfel de patologie ar fi un pacient cu insuficiență cardiacă congestivă, care se tratează cu glicozide digitale și care, recent, a primit în plus și o terapie diuretică intensivă. Este demonstrat faptul că utilizarea derivaților digitalici în aceste circumstanțe cauzează o scădere a fluxului sanguin în artera mezenterică mult mai accentuată în comparație cu celelalte artere. Pacienții cu șoc prelungit sau cu un *by-pass* cardiopulmonar pot fi, de asemenea, considerați precursori de ischemie intestinală.

Întregul tablou clinic poate fi asemănător cu cel al ocluziei organice a vaselor mezenterice. Volume mari de lichid sunt de obicei necesare pentru a ajunge la o reanimare adecvată. De reținut că *orice pacient care ia digitală și diuretice și care acuză dureri abdominale trebuie considerat a avea ischemie intestinală non-ocluzivă până la proba contrarie.*

Scanned with OKEN Scanner

Această stare clinică poate implica integral intestinul subțire și pe cel gros, sau numai anumite porțiuni. Totuși, din când în când, se poate întâlni afectarea unui singur segment intestinal, care este probabil rezultatul unei leziuni parțial-ocluzive preexistente, peste care s-a adăugat o ischemie non-ocluzivă.

Dacă se suspectează o astfel de ischemie intestinală non-ocluzivă sau chiar o ischemie intestinală ocluzivă, trebuie să se facă o angiografie. Radiografia simplă sau cu bariu va evidenția date nespecifice, importante pentru precizarea unui ileus, dar, în general, aceste radiografii nu sunt de mare ajutor. Ocazional, pe o radiografie simplă pot fi văzute bule de gaze în sistemul venos port. Demonstrarea prin arteriografie a unei leziuni organice ocluzive va duce la intervenție operatorie, în timp ce demonstrarea unui spasm arterial difuz va indica necesitatea unor medicamente vasodilatatoare. Chiar în condițiile recunoașterii precoce a diagnosticului, ischemia intestinală non-ocluzivă are o rată a mortalității de circa 50% în cazul cel mai bun.

Forme relativ benigne ale bolii sunt cele parcelare sau izolate, localizate de obicei la nivelul colonului stâng, și anume în: unghiul splenic, colonul descendent, sigmoid și rect. Ca simptome tipice se notează: dureri abdominale sub formă de crampe, diaree, scaune cu eliminări de sânge și mucus, alături de o ușoară sensibilitate dureroasă la palpare a zonelor lezate. Deoarece boala afectează prioritar țesutul bine vascularizat și cel mai activ din punct de vedere metabolic, adică mucoasa, o clismă baritată va fi, în general, suficientă pentru a stabili diagnosticul prin demonstrarea prezenței unor falduri, groase și edematiate, așa-numitele „amprente de police". Dacă această clismă baritată se repetă, aproximativ o săptămână mai târziu, aceste imagini vor dispărea complet, în cele mai multe cazuri; dar, dacă leziunea a fost suficient de puternică pentru a implica și submucoasa, atunci se poate pune în evidență dezvoltarea unei stricturi.

Tromboza venei mezenterice

Această stare clinică este mult mai puțin frecventă decât cele două discutate mai sus. Ea urmează să fie considerată ca posibilă în prezența policitemiei vera sau a unor afecțiuni hepatice severe și, recent, prin utilizarea pilulelor contraceptive, implicate ca factori patogenetici.

Simptomele și semnele sunt similare cu cele ale ischemiei arteriale, exceptând faptul că progresia bolii tinde să fie mai rapidă. Astfel, starea de șoc și semnele privind aspectul hemoragic sunt semnalate mai precoce decât în ischemia arterială. Arteriografia va identifica natura venoasă a leziunii.

Scanned with OKEN Scanner

DIAGNOSTICUL OCLUZIEI ARTERIALE SAU VENOASE
ŞI AL ISCHEMIEI NON-OCLUZIVE

Diagnosticul diferenţial trebuie să fie făcut iniţial cu ulcerul peptic perforat, cu pancreatita hemoragică şi cu anevrismul disecant, iar în stadiile tardive cu formele de ocluzie intestinală şi cu peritonita. Un ajutor în precizarea diagnosticului poate fi oferit de paracenteza abdominală. Dacă lichidul obţinut prin paracenteză este serosanguinolent, aceasta indică probabilitatea unei leziuni fie prin tromboză mezenterică, ischemie intestinală non-ocluzivă sau strangularea unei anse intestinale, fie printr-o posibilă pancreatită hemoragică. Arteriografia este esenţială în diagnosticul celor mai multe cazuri, facilitând astfel efectuarea unei terapii adecvate.

Anevrismul disecant

Termenul de „anevrism disecant" se aplică unei stări clinice în care există o eroziune a stratului intern al unei artere, prin care o parte din sânge scapă din lumen şi se infiltrează în tunica musculară a peretelui arterial. Aici se acumulează prin despicarea stratului muscular şi evoluează lent şi progresiv în paralel cu fluxul circulator principal. În mod obişnuit, punctul de plecare, sau leziunea iniţială, este la nivelul crosei aortice. Disecţia respectivă, prin fluxul sanguin, poate afecta trunchiul aortei descendente, în mod constant la nivelul toracelui şi, de asemenea, deseori, la nivelul aortei abdominale, aproape în totalitatea ei. Se întâmplă câteodată, în unele cazuri, ca procesul disecant progresiv să fie oprit, sângele forţând o cale întoarsă în axul principal de circulaţie. Totuşi, de cele mai multe ori, procesul se extinde în continuare, ajungând chiar la artera iliacă comună, oferind astfel posibilitatea apariţiei unor ocluzii, parţiale sau totale, şi la nivelul acestor vase.

Deşi anevrismul disecant a fost descris cu mulţi ani în urmă, el nu a devenit un proces patologic recunoscut în practică decât mai târziu şi foarte rar a fost diagnosticat, în timpul vieţii, până în anul 1933. De la această dată, prezenţa lui a fost mult mai des corect diagnosticată, deoarece, într-un număr considerabil de cazuri, simptomele sunt suficiente pentru o recunoaştere cât se poate de fidelă.

SIMPTOME

Principalul simptom al anevrismului disecant este o durere insuportabilă, care începe în torace, dar uneori cu iradiere în sus, spre baza gâtului, sau în spate. Durerea se extinde în mod progresiv în jos, spre abdomen, uneori şi mai jos, spre şold şi coapse. Avertismentul care tre-

Scanned with OKEN Scanner

buie dat este următorul: „la orice pacient care a fost cuprins de o durere, în torace sau în spate, având o intensitate atât de mare, încât nici narcoticele nu reușesc să o calmeze, trebuie să fie luat în considerare diagnosticul de anevrism disecant". Dacă leziunea a ajuns la nivelul aortei abdominale, durerea va cuprinde abdomenul în totalitate, iar peretele abdominal anterior va deveni rigid, astfel încât poate preta la confuzie; acest fapt este important pentru diagnosticul diferențial cu un ulcer peptic perforat, cu pancreatita hemoragică sau chiar cu tromboza mezenterică.

DIAGNOSTIC

Diagnosticul poate fi sprijinit dacă se iau în considerație următoarele aspecte. Ca etapă premergătoare poate fi considerată o creștere semnificativă și persistentă a tensiunii arteriale. Palparea pulsului trebuie făcută comparativ la toate cele patru membre (superioare și inferioare) și, pe cât posibil, trebuie măsurată și tensiunea arterială pentru fiecare din aceste membre în parte. În anevrismul disecant este aproape sigur că va exista o diferență semnificativă între pulsul luat la membrul superior față de cel luat la membrul inferior, în funcție de poziția leziunii. Se mai notează și un suflu diastolic în focarul aortic (semn ce nu poate fi valabil decât dacă pacientul știe că nu a mai avut așa ceva înainte de criză). Dacă artera renală este implicată într-un anevrism, se mai pot constata o hematurie și, posibil, o creștere a azotului ureic în sânge. Limitarea aportului de sânge în teritoriile irigate de arterele afectate de anevrisme ar putea duce la apariția unor amorțeli, parestezii, a unei hemiplegii sau chiar paraplegii în cazul afectării unor artere ale măduvei spinării. Totuși, principalele semne diagnostice distinctive sunt: modificarea localizării durerii din torace în abdomen, inegalitatea pulsului și, câteodată, oprirea pulsului la una din arterele femurale.

Ameliorarea prin intervenție chirurgicală poate fi obținută numai dacă pacienții sunt operați într-un serviciu de chirurgie specializat și competent.

Anevrismul abdominal fisurat sau rupt

Cele mai multe astfel de anevrisme aortice abdominale sunt fusiforme ca tip (mai curând decât saculare) și sunt cauzate prin ateroscleroză. În mod invariabil aproape, aceste anevrisme implică aorta *sub* originea arterelor renale (chiar dacă, prin examinare fizică, leziunea ar putea fi simțită deasupra acestora). Ocazional, procesul anevrismal se întâlnește la nivelul arterelor iliace (fig. 31). Aceste leziuni sunt adesea incorect considerate drept „anevrisme disecante". Întrucât cele două le-

Scanned with OKEN Scanner

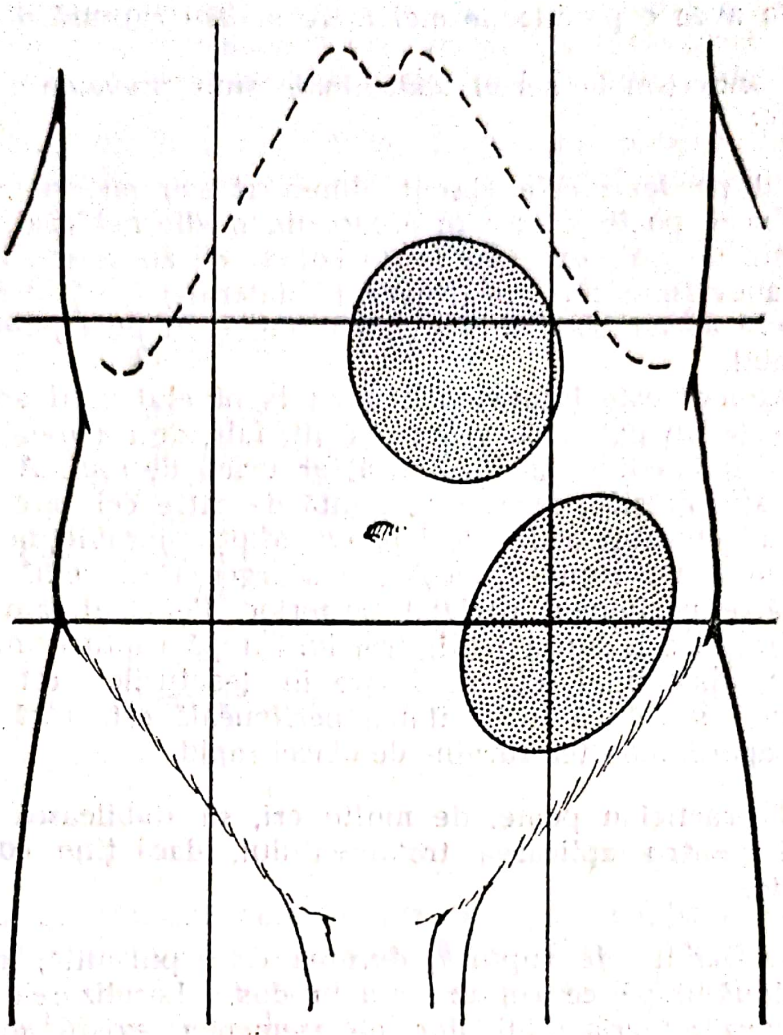


Fig. 31. Locurile obișnuite de palpare a unor masse pulsatile la pacienții cu fisură sau ruptură de anevrism abdominal.

ziuni sunt patogenic distincte și, în consecință, necesită tratamente net diferite, separarea diagnostică clară a lor trebuie totdeauna să fie evidențiată.

SIMPTOME ȘI SEMNE

Înainte de ruptura anevrismului aortic abdominal, practic nu există nici un simptom deosebit. *Orice durere la nivelul anevrismului sau în jurul acestuia* și orice pacient cu un anevrism cunoscut, care acuză o durere abdominală mai neobișnuită trebuie privite ca reprezentând un pericol iminent de ruptură. Când această durere survine înainte de ruptură, ea are un caracter pulsatil, nevralgic și este localizată în epigastru și în spate (regiunea lombară). Anevrismul cu diametrul de 6 cm sau

Scanned with OKEN Scanner

mai mult va avea o predilecție mai mare pentru ruptură decât leziunile mai mici.

Despre anevrismele aortei abdominale sunt prevalente câteva *concepții greșite:*

1. Pulsul periferic este absent, diminuat sau anormal. Acest fapt, de obicei, poate induce în eroare un medic neinițiat, care adesea găsește un puls excelent la un bolnav cu anevrism. De fapt, marile anevrisme poplitee (frecvent bilaterale) însoțesc adesea anevrismele aortei abdominale și determină un puls puternic și ușor palpabil.
2. Un zgomot este întotdeauna auzit la nivelul unui anevrism. Din nou este un punct de vedere greșit, fals, deși adesea întâlnit.
3. Aproape imediat după ruptură, ar urma decesul. Aceasta este o afirmație greșită, deseori susținută de către cei care nu îngrijesc în mod obișnuit astfel de bolnavi. Mulți supraviețuiesc mai multe zile după ruptură, deoarece scurgerea sângelui este frânată de către peritoneul parietal posterior. Personal, am întâlnit un pacient care a supraviețuit trei luni după ruptura unui anevrism aortic abdominal, cu revărsare în țesuturile retroperitoneale. Ruptura spontană în cavitatea peritoneală este rară, dar, atunci când apare, moartea survine de obicei rapid.

Medicul practician poate, de multe ori, să stabilească diagnosticul în timp util pentru aplicarea tratamentului, dacă ține cont de toate aceste aspecte.

Durerea. Înainte de ruptură, durerea este pulsatilă, dar tinde să devină continuă după ce ruptura s-a produs. Localizarea durerii este direct deasupra anevrismului, dar, de asemenea, există aproape întotdeauna o durere în spate sau în regiunea lombară. De reținut că *durerea poate fi prezentă cu 4 sau 5 zile înainte de apariția rupturii evidente și a colapsului.* După ruptură, iradierea durerii se face, de regulă, în testicule, rect sau în regiunea inghinală.

Greața și vărsăturile. Deși se întâlnesc uneori, intensitatea lor este, de obicei, redusă.

Șocul și colapsul. Este preferabil ca diagnosticul stării de șoc și de colaps să fie stabilit înainte de apariție, dar acest lucru nu este întotdeauna posibil. *Șocul și colapsul la un pacient cu anevrism cunoscut indică aproape întotdeauna ruptura, chiar dacă reanimarea poate fi realizată în mod prompt și corect.*

Hematemeza și melena. Uneori, sunt posibile rupturi de anevrism aortic în duoden și, în consecință, se constată hematemeză și melenă. În mod surprinzător, astfel de sângerări pot să se pornească și să se oprească brusc și spontan pentru o perioadă de mai multe săptămâni, fără

Scanned with OKEN Scanner

exsanguinarea pacientului. Deci, apariţia hematemezei şi a melenei la un pacient cu un anevrism cunoscut reclamă o investigare activă şi rapidă pentru confirmarea diagnosticului de fistulă aortoduodenală.

Insuficienţa cardiacă congestivă. Sunt rare ocaziile când ruptura realizează o fistulă aortocavă, care se manifestă printr-o insuficienţă cardiacă severă cu debut brusc, ireversibil la orice fel de tratament medical. Cunoaşterea acestei posibilităţi de evoluţie a rupturii şi perceperea auscultatorie a unui suflu continuu şi puternic la nivelul abdomenului, precum şi efectuarea unei angiografii, dacă este necesar, servesc pentru stabilirea diagnosticului.

Massa abdominală. Dacă apare la un pacient cu anevrism preexistent cunoscut, este de mare ajutor pentru chirurg în vederea stabilirii diagnosticului. Totuşi nu întotdeauna este uşor de pus în evidenţă, mai ales la pacienţii cu obezitate. Este necesar să se caute prezenţa acestei masse prin palpare, la intervale frecvente, în abdomen şi pe flancuri, ea având tendinţa să se extindă prin difuziune.

De obicei, ea are un caracter pulsatil, dar inconstant. Reprezentând de fapt un hematom extravazat, această massă *poate să ocupe aproape orice parte a abdomenului,* dar cu o evidentă predilecţie pentru flancul stâng.

DIAGNOSTIC

Diagnosticul rupturii de anevrism poate fi stabilit numai dacă medicul se gândeşte obligatoriu la această posibilitate. Orice durere puternică abdominală şi dorsală, care iradiază în regiunea inghinală şi testicul, la un pacient în stare de colaps, indică posibilitatea unei rupturi de anevrism. *Angiografia este contraindicată la un astfel de pacient.* Chiar transportarea pacientului pentru alte analize, cum ar fi pentru o explorare radiologică laterală a abdomenului sau pentru un examen ultrasonografic, este periculoasă, deoarece pacientul, odată plecat şi scăpat de sub o permanentă şi competentă supraveghere de care are în primul rând nevoie, riscă adesea să intre într-un colaps mai grav, ireversibil. Evidenţierea, la palpare, a unei masse abdominale cu caracter pulsatil, alături de celelalte semne descrise mai sus, sunt suficiente pentru a legitima decizia unei explorări chirurgicale imediate.

Anevrisme intraabdominale speciale

Faza iniţială a unui *anevrism al arterei splenice* poate să simuleze foarte bine un ulcer gastric sau un ulcer duodenal, deoarece, prin presiune sau prin eroziunea care s-ar exercita mai ales asupra peretelui pos-

Scanned with OKEN Scanner

terior al stomacului, s-ar provoca apariţia hematemezei şi a melenei. Durerea din anevrismul splenic se resimte în hipocondrul stâng. Fisura sau ruptura unui anevrism al arterei splenice se poate produce inundând fie sacul mai mic peritoneal, fie marea cavitate peritoneală.

Când anevrismul arterei splenice se rupe în sacul mai mic peritoneal, simptomele pot fi foarte acute, *simulând îndeaproape pe cele ale unui ulcer peptic perforat sau ale unei pancreatite acute* şi, uneori, chiar pe cele ale unei ocluzii intestinale acute. Diagnosticul diferenţial se poate face probabil numai după explorarea chirurgicală a abdomenului.

Când sacul anevrismal splenic se rupe în cavitatea generală peritoneală, simptomele vor fi cele ale unei hemoragii interne, a cărei sursă exactă este improbabil să fie altfel diagnosticată decât intraoperator. Un mic anevrism al trunchiului arterial celiac poate provoca simptome echivoce. Ruptura anevrismului celiac poate cauza colaps, a cărui cauză este greu de precizat fără explorarea chirurgicală. Personal, am explorat o dată abdomenul unui bărbat care prezenta un istoric sugestiv de ulcer duodenal şi care a ajuns sub observaţia mea din cauza unei dureri abdominale şi a colapsului. Cavitatea peritoneală a fost găsită plină de sânge. Sursa sângerării nu a fost clară, dar s-au găsit câteva lacerări superficiale ale splinei, astfel încât acest organ a trebuit să fie scos. Două zile după operaţie, starea pacientului s-a ameliorat, după care a apărut un nou colaps soldat cu deces. La autopsie, cauza hemoragiei s-a găsit a fi un mic anevrism al trunchiului arterial celiac. Rupturile anevrismelor *arterei renale* au loc cel mai adesea în spaţiul retroperitoneal, cauzând apariţia bruscă a unei formaţiuni sensibile, în regiunea iliacă dreaptă sau stângă şi în regiunile lombare. Temperatura poate fi uşor crescută. În cazul localizării formaţiunii în partea dreaptă a abdomenului, starea clinică ar simula îndeaproape un abces apendicular. Diagnosticul anevrismal se bazează pe apariţia bruscă a formaţiunii tumorale.

Hemoragii intraperitoneale cu debut brusc

La bărbat, se întâmplă foarte rar să apară o hemoragie în cavitatea peritoneală, cu excepţia traumatismelor şi a anevrismelor. Sunt semnalate însă şi sângerări în cavitatea peritoneală în urma rupturii spontane a unor spline malarice, ocazional chiar şi a unor spline în aparenţă normale, precum şi în urma rupturii unui colecist gangrenos. La femeie, cauza cea mai frecventă de hemoperitoneu este sarcina ectopică (vezi capitolul 18). Sunt semnalate sângerări intraperitoneale severe rezultate din ruptura unui mic chist graafian al ovarului, suspectate atunci când colapsul şi alte semne indicând hemoperitoneul apar la o femeie tânără adolescentă la care, cu siguranţă, sarcina ectopică poate fi exclusă.

Folosirea pilulelor contraceptive pe scară tot mai largă a contribuit la apariţia mai frecventă a adenoamelor benigne hepatice la femei tinere,

Scanned with OKEN Scanner

printre complicațiile acestor adenoame figurând și o hemoragie intraperitoneală foarte severă. Această complicație poate surveni oricând în cursul tratamentului, nu numai după o perioadă mai prelungită de utilizare, dar și după o perioadă de timp mai scurtă, de 5 sau 6 luni.

Apoplexia abdominală, care se manifestă printr-o hemoragie severă intraabdominală, apare brusc prin ruptura unei artere aparent normale, fără anevrism. În unele cazuri, examenul microscopic al arterei afectate a demonstrat o degenerescență fibrinoidă. Au fost semnalate și alte cauze posibile de apariție a hemoperitoneului, interesând și alte vase, cum ar fi arterele gastrice majore sau arterele: hepatică, splenică, mezenterică inferioară și pancreaticoduodenală.

Odată cu creșterea utilizării medicamentelor coagulante, trebuie considerată și posibilitatea apariției unor hemoragii severe intraabdominale secundare hipoprotrombinemiei. În general, astfel de hemoragii pot fi cauzate, la nivelul mezenterului sau al mezocolonului, prin ruptura hematoamelor în cavitatea peritoneală generală. Însuși intestinul poate fi copleșit de sufuziuni sanguine, ajungând cu timpul să devină gangrenos, dacă diagnosticul nu este pus la timp. În urma gangrenei, se notează hematemeză sau melenă, cea din urmă, în special, fiind mai frecventă și, de asemenea, poate apărea și o stare de șoc precoce. Durerea abdominală cu caracter de crampă, localizată central, este aproape invariabilă. Dacă este prezentă și o hipoprotrombinemie severă, diagnosticul este ușor de stabilit, iar operația poate fi evitată.

Scanned with OKEN Scanner

17. Simptomele abdomenului acut la femei

Afecțiuni acute apărute în timpul sarcinii și în perioada puerperală

Durerea abdominală acută la femeia gravidă este totdeauna o sursă de îngrijorare specială, atât din punct de vedere matern, cât și fetal. Laparotomiile exploratorii trebuie să aibă, din cauza riscului abortiv, o indicație cât mai precisă și bine justificată, înainte de a recomanda deschiderea abdomenului.

Stările clinice care dau naștere simptomelor de abdomen acut în timpul sarcinii și în perioada puerperală sunt următoarele:

1. Vărsăturile persistente.
2. Sarcina ectopică.
3. Uterul gravid retroversat.
4. Iminența de avort.
5. Avortul septic.
6. Pielita.
7. Apendicita.
8. Torsiunea pediculului chistului ovarian sau a fibromului pediculat ori torsiunea unui ovar normal.
9. Degenerescența fibromului uterin.
10. Ruptura spontană a uterului.
11. Peritonita sau celulita pelvină.
12. Ulcerul gastric perforat.

Vărsăturile persistente. Vărsăturile matinale de sarcină încep de obicei din luna a doua și persistă și în luna a treia. *Greața din timpul sarcinii se ameliorează adesea prin ingerare de alimente sau lapte, o particularitate virtual unică pentru această situație.* Ca regulă generală, greața și vărsăturile nu sunt îngrijorătoare decât atunci când sunt însoțite și de alte acuze abdominale, care dau naștere unor suspiciuni diagnostice. Personal, în diferite ocazii, am avut serioase dubii în legătură cu apariția vărsăturilor la unele femei gravide, care, concomitent, prezentau și o formațiune tumorală, ușor dureroasă, localizată în regiunea inghinală dreaptă, sugerând o hernie inghinală strangulată. Dar, un examen clinic atent a relevat, în fiecare caz, prezența unui fibrom uterin, care a ieșit din pelvis împreună cu uterul mărit, proeminând în canalul

Scanned with OKEN Scanner

inghinal și simulând o hernie. În aceste cazuri, vărsăturile nu sunt acompaniate de vreo durere la nivelul formațiunii pseudotumorale herniate. Este posibil, la un examen intraabdominal, să se simtă, dar numai în respirație profundă, o formațiune mobilă, independentă de peretele abdominal. Vărsături și dureri în regiunea inghinală pot apărea, de asemenea, din cauza unui uter mărit, chiar dacă nu este herniat, prin tracțiunea exercitată de acesta asupra ligamentului rotund. De notat că durerea este mai pronunțată, de obicei, decât vărsăturile în aceste cazuri în care, bineînțeles, nu se pune în evidență hernia în canalul inghinal.

Am întâlnit, de asemenea, situații în care vărsăturile au apărut precoce, la începutul sarcinii, ele fiind însoțite de ușoare dureri pelvine (datorate fie congestiei, fie constipației), care ar fi putut sugera în mod eronat apendicita, dar examinarea minuțioasă pelvină și abdominală și o foarte atentă interpretare a secvenței apariției simptomelor ar exclude această posibilitate.

Vărsăturile excesive datorate toxemiei de sarcină nu vor fi discutate acum, aici, dar este absolut necesar să știm cu siguranță, prin excludere, că nu există o altă leziune intraabdominală serioasă, înainte de a aplica diagnosticul de *„hiperemesis gravidarum"*.

Sarcina ectopică. Această situație este atât de frecventă și importantă, încât îi rezervăm dreptul de a fi pe larg discutată în cadrul următorului capitol special.

Uterul gravid retroversat. Această stare clinică, care a fost pe bună dreptate numită și *boala lunilor a treia și a patra de sarcină,* poate da naștere unei dureri abdominale acute, care se resimte mai ales în hipogastru, unde este situată vezica urinară dilatată. Faptul că, pe lângă sarcină, se asociază și alte elemente, cum ar fi prezența unei formațiuni în hipogastru (mai mare decât ar fi fost uterul hipertrofiat în perioada de sarcină respectivă), apoi apariția durerii, a greșturilor și retenția de urină (incompletă sau completă, cu apariția incontinenței), toate acestea pot sugera condiția unui uter gravid retroversat, diagnostic care poate fi mai bine susținut după ce se golește vezica de urină printr-un cateter.

Iminența de avort. În prezența unei sarcini, o posibilă iminență de avort nu ar trebui să ridice probleme de diagnostic, atât timp cât o sângerare uterină, însoțită de dureri în regiunea lombară și în zona hipogastrică și, în absența evidenței oricărei alte posibilități locale de anormalitate sunt elemente suficiente în sprijinul stabilirii acestei stări clinice.

Starea septică secundară unei încercări de a produce avort sau în prezența unor dispozitive contraceptive intrauterine. În general, femeile știu fie să încerce, ele însele, să-și provoace un avort, fie să convingă anumite persoane neprofesioniste să încerce să le provoace același deserviciu, în fond, pentru ele. Aceste încercări sfârșesc, adesea, prin apariția unor stări septice, iar, când medicul este chemat să rezolve cazul, cu

greu dacă acesta poate obține vreo informație pertinentă despre intervenția anterioară. Starea septică poate lua forma peritonitei, a septicemiei sau a ambelor. În general, atunci când se notează o sângerare uterină la o femeie care avusese înainte o perioadă de amenoree și la care, brusc, au survenit: dureri abdominale, vărsături și febră, se poate avea în vedere posibilitatea unei stări septice la nivelul uterului. În astfel de cazuri, septicemia și peritonita apar, de regulă, rapid și virulent. Debutul este diferit de al oricărei stări de abdomen acut, iar durerea nu numai că poate fi simțită în hipogastru, dar ea iradiază și în spate sau în jos, spre membrele inferioare. Examinând bolnava cu grijă și bimanual, se poate observa un uter mărit și moale, ceea ce exclude orice altă stare septică în pelvis.

O stare septică similară se poate dezvolta și la o femeie purtătoare a unui sterilet contraceptiv intrauterin, menținut pe loc, deși se găsește într-o fază precoce de sarcină intrauterină. Din punct de vedere clinic, tabloul este virtual identic cu ceea ce s-a descris deja, în paragraful precedent. Starea septică poate fi prezentă chiar și atunci când steriletul nu a perforat uterul.

Pielita. Pielita nu este o complicație neobișnuită a sarcinii. Ea apare de obicei în luna a patra a gestației și debutul ei ar avea o oarecare relație cu presiunea pe care uterul, în creștere, o are asupra ureterelor, în special asupra ureterului din dreapta, din care cauză și pielita este mai frecventă de această parte.

Simptomele pielitei, în mod obișnuit, debutează cu un frison rece și cu creșterea rapidă a temperaturii, până la aproximativ 103°F (39,4°C). În același timp, apare o durere spontană, într-una din lombe (în general, în dreapta), sub marginea costală. Presiunea prin palpare a unghiului ridicător-costal produce durere. Micțiunile pot fi ceva mai frecvente și chiar dureroase, dar nu în mod constant. De regulă, nu există rigiditate musculară abdominală. În unele cazuri, sunt perioade în care pacienta nu se consideră bolnavă, dar, deseori, prezintă o stare de rău general, cu astenie marcată. Examenul urinei evidențiază turbiditate, albuminurie și chiar prezența puroiului, în cantitate mică. La examenul microscopic se detectează bacterii, de obicei bacilul *coli (Escherichia coli).* Albumina în urină nu este în cantitate mai mare decât cea care atestă prezența puroiului.

Când simptomele de pielită apar în partea dreaptă, diagnosticul diferențial trebuie făcut cu apendicita. Acest lucru este de obicei ușor, deoarece apendicita debutează rareori cu frison, este însoțită de rigiditate locală, nu cauzează, în mod frecvent, febră până la 103°F sau 104°F (39,4°C sau 40°C) și nici atât de frecvente tulburări urinare. Examenul urinei este deci util pentru stabilirea diagnosticului.

Apendicita și ulcerul gastric perforat. Acestea sunt afecțiuni neplăcute care pot surprinde femeia gravidă, ca de fapt orice femeie, și care, deci, pot fi ușor diagnosticabile, analizând cu grijă simptomatologia caracteristică. Uneori, când apar în perioada puerperală, simptomele pot

Scanned with OKEN Scanner

fi greșit considerate ca o eventuală stare septică. Cu toate acestea, ele sunt ușor interpretabile dacă avem mereu în minte posibilitatea apariției acestei interferențe patologice.

Trebuie subliniat faptul că, deși secvența tipică a simptomelor care apar în apendicită rămâne aceeași și la femeia gravidă, totuși, localizarea finală a durerii și a sensibilității dureroase la palpare poate crea confuzii, mai ales în faza tardivă a sarcinii. Pe măsură ce uterul crește treptat în volum, cecul tinde să fie împins în sus, astfel încât poziția finală a apendicelui, inclusiv sensibilitatea lui, pot fi localizate fie în flancul drept, fie chiar în porțiunea mediană a zonei epigastrice, ceea ce ar crea ușor confuzia cu o colecistită acută.

Torsiunea pedicululuí unui chist ovarian. În perioada puerperală, de asemenea, este destul de frecvent faptul ca un chist dermoid sau chiar un alt *chist ovarian* să devină *inflamat* și să sufere o *torsiune* datorată contuziei sau deplasărilor inerente din timpul nașterii. Se vor nota în această situație: dureri abdominale acute, febră, vărsături și un hipogastru sensibil la palpare, în timp ce lângă uter, dar separat de acesta, se mai poate simți o formațiune tumorală rotundă. O vezică urinară dilatată ar putea fi eliminată prin cateterism, rămânând un fibrom răsucit prin notarea relației cu uterul.

Se știe că un ovar ușor mărit de volum, dar altfel normal, poate suferi o torsiune chiar la începutul unei sarcini, cauzând dureri și vărsături, astfel încât, până la deschiderea abdomenului, diagnosticul probabil ar putea fi considerat o sarcină ectopică.

Degenerescența fibromului uterin. Necroza unui fibrom uterin este, în mod particular, predispusă să apară în timpul unei sarcini. Simptomele sunt următoarele: o durere simțită local, la nivelul fibromului ce poate fi palpat prin peretele abdominal, febră moderată, grețuri și vărsături. La orice femeie gravidă cu un fibrom cunoscut, apariția simptomelor amintite ar indica o degenerare necrotică a fibromului. În astfel de cazuri, uneori este posibil ca fibromul să fie enucleat, fără a afecta sarcina.

Ruptura uterului. Ruptura spontană a unui uter gravid este o stare clinică foarte rară, care duce la un șoc sever, cu semne de hemoragie internă. Pentru detalii, se recomandă consultarea unui tratat de obstetrică.

Peritonita pelvină. Peritonita pelvină poate să apară după naștere și să fie de natură septică. Punerea în evidență a unei scurgeri vaginale la parturientă și a prezenței unei infecții în sacii conjunctivali la copilul nou-născut ar reprezenta cheia diagnosticului. Acesta poate fi demonstrat prin dureri și sensibilitate dureroasă la palpare în hipogastru, grețuri și vărsături, precum și printr-o sensibilitate dureroasă a fundurilor de sac uterine.

Scanned with OKEN Scanner

Afecțiuni abdominale acute specifice femeii, în afara sarcinii

Salpingita acută. Salpingita acută este, de obicei, datorată infecției cu gonococ. O altă cauză frecventă este infecția cu stafilococ sau streptococ. Poate să intervină, de asemenea, și bacilul *Coli (E. coli)* sau pneumococul. În ultimii ani, la fel de multe cazuri au fost cauzate de microorganismele non-gonococice, ca și de cele gonococice. Din nenorocire, plasarea dispozitivelor contraceptive intrauterine, chiar dacă acestea nu se deplasează din uter, este uneori urmată de severe inflamații pelvine. Simptomele și datele clinice sunt asemănătoare cu acelea ale infecțiilor apărute în absența corpilor străini intrauterini. Se întâmplă, uneori, ca unele dispozitive introduse intrauterin să perforeze uterul. Această perforație poate să fie urmată de abcese uterine localizate sau chiar de ocluzii ale intestinului subțire.

Simptome și semne. Tabloul clinic este cel al unei crize de peritonită: durere hipogastrică, greață, vărsături și febră, care poate ajunge până la 103°F (39,4°C). Examenul clinic arată sensibilitate la palparea ambelor fose iliace și a regiunii suprapubiene. În unele cazuri, peretele abdominal inferior este rigid, urmând cu dificultate mișcările respiratorii, și se constată o distensie abdominală considerabilă. Examenul vulvovaginal poate decela urme de infecție gonococică sau chiar leucoree purulentă; palparea fundurilor de sac laterale ale vaginului poate produce durere.

Se pare că, de ani de zile, generații de studenți au fost învățate de către generațiile precedente că durerea severă în urma mobilizării colului uterin este un semn patognomonic al salpingitei acute. Nimic nu poate fi mai departe de adevăr decât această afirmație, deoarece, de regulă, *orice peritonită pelvină poate fi asociată cu o durere severă atunci când colul uterin este mobilizat în direcție laterală.* Un apendice inflamat acut, în contact cu ligamentul lat al uterului, sau care s-a rupt în vecinătatea tubului drept va produce o durere la fel de mare ca și în salpingita acută severă atunci când colul uterin este mobilizat lateral.

Diagnostic. Cea mai frecventă și importantă dificultate de diagnostic este diferențierea apendicitei de salpingită (vezi p. 92).

Secvența simptomelor este, de obicei, mai caracteristică în apendicită, iar durerea este adesea mai strict limitată de partea dreaptă. În salpingită, dimpotrivă, se întâmplă ca durerea să fie mai intensă în partea stângă decât în dreapta — un aspect foarte rar observat în stadiile precoce ale apendicitei.

Leucoreea vaginală purulentă, în care examenul bacteriologic evidențiază prezența gonococilor, poate fi considerată semnificativă, dar ea nu apare în mod frecvent.

Deseori este foarte dificil și uneori aproape imposibil de a avea certitudinea în a stabili care dintre cele două organe, salpingele sau

Scanned with OKEN Scanner

apendicele, a fost cel dintâi implicat în procesul inflamator acut. Examinarea ultrasonografică poate fi foarte folositoare în evidențierea unui tub lărgit, iar, dacă există vreo îndoială, laparoscopia poate fi uneori valoroasă.

Dacă peritonita pelvină apare după naștere, ea se manifestă după o săptămână, sau chiar mai mult.

Piosalpinxul. Multe cazuri de salpingită se liniștesc și formează o colecție locală de puroi în tubii fallopieni — piosalpinxul (sau piosalpingita). Această stare clinică este de regulă bilaterală. În această perioadă de evoluție, în aparență liniștită, simptomele sunt aproape neglijabile. După un timp, mai devreme sau mai târziu, infecția izbucnește și se răspândește. Prin această extensie a inflamației, apar simptome de pelviperitonită, ca și în cazul salpingitei, dar, în plus, în piosalpingită se poate simți, bilateral, la nivelul fundurilor de sac Douglas, o formațiune tumorală sensibilă. Simptomele care apar în cazul unei rupturi de piosalpinx sunt mult mai serioase și zgomotoase, datorită etiologiei polimicrobiene a colecției de puroi, nu numai prin gonococi.

Torsiunea chistului ovarian. Un chist ovarian are un pedicul care, dacă va deveni torsionat, va da naștere următoarelor principale simptome acute: durere hipogastrică, deseori vărsături, precum și prezența unei formațiuni cu sensibilitate dureroasă în abdomenul inferior.

Vărsăturile survin aproape la fel de rapid ca și durerea, spre deosebire de situația din apendicită, unde intervalul de timp dintre debutul durerii și cel al vărsăturilor este semnificativ mai mare. Pe de altă parte, vărsăturile nu sunt constante, ele pot fi chiar absente. Durerea este adesea în relație și cu poziția pacientei, o anumită postură putând ușura într-un anumit fel tensiunea locală. Cel mai des, poziția șezând este preferabilă, ameliorând durerea: poziția culcat o accentuează. La pacientele cu chist ovarian se poate pune în evidență o formațiune tumorală rotundă, sensibilă și bine definită, atât prin palparea abdomenului în hipogastru, cât și prin examinarea pelvisului. Dacă pacienta nu este examinată la începutul bolii, ci mai târziu, când a apărut peritonita însoțită de rigiditatea peretelui abdominal, tumora nu mai poate fi delimitată prin palpare hipogastrică, ceea ce îngreuiază diagnosticul diferențial cu pelviperitonitele de alte cauze, spre exemplu, cu salpingita acută însoțită de efuziuni seroase, dar, totuși, simptomele de chist ovarian torsionat sunt de obicei mai acute. Aici, din nou, ultrasonografia și laparoscopia pot stabili diagnosticul.

Torsiunea pedicului unui hidrosalpinx. În această stare clinică, simptomele sunt similare cu acelea ale unui chist ovarian cu pedicul torsionat, dar într-un grad de obicei mai moderat: durere, greață sau vărsături, sensibilitate dureroasă și o formațiune tumorală mobilizabilă într-unul sau în celălalt fund de sac vaginal (fornix). Chiar în prezența unei neregularități menstruale minore, ar fi imposibil de a exclude în mod cert o sarcină ectopică, care încă nu s-a rupt.

Scanned with OKEN Scanner

Endometriomul. Ruptura unui endometriom ovarian poate cauza dureri hipogastrice, vărsături și febră; examinarea bimanuală va revela o formațiune tumorală într-una sau în ambele părți ale fundului de sac Douglas. Acest tablou clinic ar putea fi greșit interpretat ca o inflamație tuboovariană sau chiar ca o apendicită și, de regulă, este greu să ai siguranță înainte de o laparoscopie sau explorare chirurgicală. În mod obișnuit, există în antecedente un istoric caracteristic, dar variat, de endometrioză.

În fiecare caz dubios privind diagnosticarea bolii abdomenului acut la femeie, este necesar, ca regulă generală, de a te asigura, prin utilizarea unui cateter, că vezica urinară este golită înainte de a lua o decizie finală.

Ruptura foliculului ovarian sau a chistului de corp galben. Aceste două stări clinice sunt în mod esențial imposibil de diferențiat ca diagnostic, cu excepția faptului că ruptura foliculului graafian (ruptura chistului folicular sau „*Mittelschmerz*") apare aproape exact la mijlocul ciclului (între perioadele menstruale), în timp ce ruptura chistului de corp galben apare atunci când se instalează menstra sau când este așteptată. Fiecare din ele generează simptome de o intensitate variind de la un ușor disconfort, până la o durere severă și hemoragii profunde. Unele femei, cu o capacitate de percepție neobișnuită, sunt capabile să noteze perioada ovulației, aproape în fiecare lună, prin debutul tipic și regulat recurent al durerii. În prezența unui astfel de istoric, diagnosticarea unor crize similare, dar mai severe, este mai ușor de făcut.

Debutul durerii se instalează, de obicei, în mod treptat și devine apoi constant, deși uneori se accentuează prin diferite mișcări sau prin efortul de tuse. Durerea se resimte în jos, în ambele fose iliace și, ocazional, iradiază în regiunea inghinală. În mod obișnuit, există și un oarecare grad de anorexie, dar nu greață și vărsături, decât rareori. Invariabil se notează și o sensibilitate dureroasă la palpare în fosa iliacă, dar care nu este severă și, la fel, nici rigiditatea, atunci când, destul de rar, este prezentă. Examinarea bimanuală a pelvisului arată o netă sensibilitate dureroasă la palpare, localizată la nivelul unuia din ovare, care este ușor mărit de volum. Ocazional, hemoragia poate fi atât de severă, încât provoacă apariția unei stări de șoc, sugerând necesitatea unei operații; această stare apare mai ales la pacientele care consumă aspirină.

În formele mai ușoare, ruptura foliculului graafian sau a unui chist de corp galben pot fi diferențiate de apendicită de obicei prin absența secvenței tipice a simptomelor din apendicită. Unii pretind că laparoscopia sau culdoscopia ar fi utile în cazurile dificile, dar, după alții, relația „cost-eficiență" a metodelor de mai sus rămâne încă să fie investigată. Ultrasonografia poate surprinde, eventual, lichid în pelvis, dar — după experiența mea — chistul se poate observa foarte rar, deoarece peretele subțire al acestuia este deja prăbușit, ca rezultat al rupturii. Dacă hemoragia este severă, este aproape imposibil de a rezolva diagnosticul diferențial dintre cele două stări clinice în discuție de sarcina ectopică (capitolul 18).

Scanned with OKEN Scanner

18. Sarcina ectopică precoce

Prin termenul de sarcină ectopică se înțelege dezvoltarea unui ovul fertilizat, în oricare alt loc decât cavitatea uterină. Ruptura unui astfel de sac gestațional este o întâmplare relativ frecventă, prezentând simptome destul de caracteristice, dar, totuși, deseori greșit diagnosticate.

Fecundarea ovulului, în mod normal, are loc probabil în tubul fallopian, iar orice cauză, cât de mică, care ar împiedica dezvoltarea oului, prin oprirea progresiei lui înspre cavitatea uterină, va duce la o sarcină ectopică. S-au relatat cazuri, foarte rare de altfel, când un ovul fertilizat și-a continuat dezvoltarea la nivelul ovarului, fapt lipsit aproape de importanță practică, nefiind cu putință diagnosticarea clinică. Localizarea cea mai frecvent posibilă pentru dezvoltarea sarcinii ectopice este *la nivelul porțiunii ampulare* a tubului fallopian, mai rar posibilă în porțiunea istmică și încă și mai rar posibilă în porțiunea interstițială (sau tubouterină) a tubului, precum și la nivelul cornului rudimentar (care, pentru considerente clinice, se include în același ultim grup cu incidență foarte rară) (fig. 32).

Într-o sarcină ectopică tubară, creșterea ovulului fecundat va duce la distensia tubului fallopian, în timp ce acțiunea de erodare a vilozităților coriale va duce la subțierea peretelui acestuia. Scurgerea treptată a sângelui poate avea loc din suprafețele erodate în cavitatea peritoneală, după cum orice efort brusc poate duce la o ruptură a tubului. Se întâmplă câteodată ca ovulul fecundat să fie expulzat prin orificiul terminal al tubului în cavitatea peritoneală printr-un proces denumit, pe bună dreptate, „avort tubar"; alteori, embrionul poate să moară, ca o consecință fie a hemoragiei în interiorul sacului gestațional, fie a rupturii acestui sac în lumenul tubului, putându-se astfel forma o molă tubară.

Dacă embrionul supraviețuieste, ruptura primară a sacului apare de obicei în primele opt săptămâni de sarcină, deși, în cazul unui sac gestațional tubouterin sau intestinal, ruptura respectivă nu apare decât după ce sarcina a ajuns în luna a treia sau a patra.

Ruptura primară a sacului în sarcina ectopică poate cauza simptome severe de abdomen acut, în special când hemoragia este severă, aproape exsanguinantă, dar, ocazional, simptomele se pot atenua odată cu formarea unor masse mari de cheaguri de sânge în fundul de sac Douglas (hematocel pelvin). Excepțional de rară este ruptura sacului în ligamentul lat.

Dacă fătul continuă să se dezvolte după ruptura primară a tubului, urmează, la o dată ulterioară, o a doua ruptură, ruptura secundară, în cavitatea peritoneală, însoțită de simptome foarte severe.

Scanned with OKEN Scanner

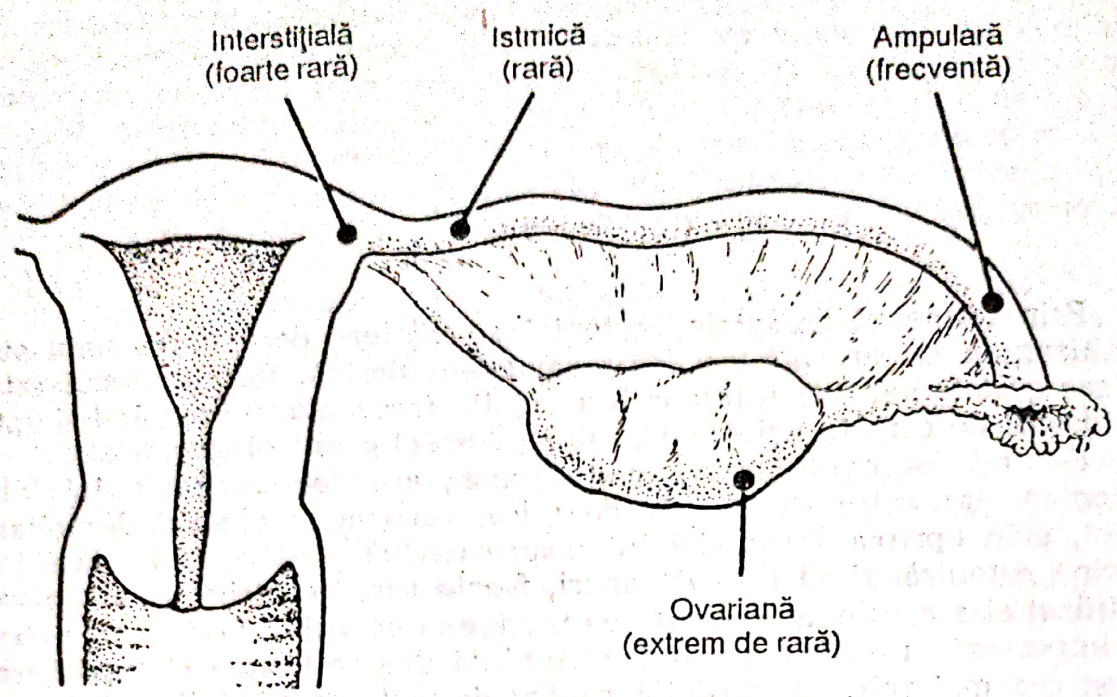


Fig. 32. Localizările posibile ale sarcinii ectopice.

Sarcina ectopică poate rezulta deseori cu ocazia primei concepții, la o nulipară care a fost căsătorită de mai mulți ani sau la o multipară care nu a mai rămas gravidă de mai mulți ani. Odată cu întrebuințarea pe scară mai largă a dispozitivelor contraceptive intrauterine, în ultimii ani, a crescut incidența sarcinilor ectopice în antecedentele personale ale multor femei.

Simptome și diagnostic

O femeie cu sarcină ectopică poate solicita consultul medical, acuzând dureri abdominale acute, în una din următoarele situații:

1. Înaintea rupturii sacului gestațional.
2. În timpul rupturii primare a sacului.
3. După câteva zile sau chiar săptămâni de la această ruptură.

ÎNAINTEA RUPTURII SACULUI

Dacă se urmărește evitarea serioaselor complicații ce ar rezulta din ruperea unui sac tubar gestațional, este esențial faptul ca această stare clinică să fie diagnosticată, dacă este posibil, înainte ca ruptura sacului

să se fi produs. Din când în când, foarte rar, există câteva simptome premonitorii de ruptură; totuși, în mod frecvent, există și câteva indicații generale valoroase, capabile să ne pună în situația de a stabili un diagnostic precoce cu suficientă probabilitate.

În cazurile tipice (care sunt foarte rare), simptomele și semnele ar fi următoarele:

1. Amenoree (de una sau două luni) sau *orice altă* neregularitate menstruală.
2. Sensibilitate dureroasă la nivelul hipogastrului la presiunea exercitată unilateral din interiorul pelvisului (prin tușeu).
3. Sângerare uterină.
4. Durere hipogastrică.
5. Formațiune mică, sensibilă, numai într-unul din fundurile de sac laterale ale vaginului.
6. Eliminarea prin vagin a unor resturi placentare.

Amenoreea. Ca în orice sarcină normală, nu ar trebui să aibă loc unul sau două cicluri menstruale, sânii să fie măriți și congestionați și să apară o stare de greață dimineața, dar astfel de simptome evidente de sarcină nu se întâlnesc decât foarte rar în sarcina ectopică.

Există, totuși, aproape totdeauna, unele neregularități menstruale, ale căror particularități se recomandă a fi precizate cu grijă, și anume: (1) pacienta trebuie interogată când a avut ultima menstruație; (2) dacă aceasta a avut sau nu întârziere, precizând și cu câte zile, în special la femeile care anterior aveau un ciclu regulat; (3) dacă la ultima menstră, sângerarea a fost cantitativ mai mare sau mai mică decât de obicei și (4) dacă a observat prezența unei mici sângerări după ultima menstră, care a venit regulat.

Deoarece sacul gestațional al unui embrion în vârstă de mai puțin de o lună poate suferi o ruptură sau un avort (fiind expulzat prin orificiul terminal al tubului), acest fapt nu este absolut necesar să coexiste cu o neregularitate a menstruației. Deseori, sângerarea prin vagin, care acompaniază avortul tubar, poate fi greșit considerată de către pacientă drept o menstruație normală, întrucât coincide cu perioada de timp în care aceasta era așteptată. De obicei, sângerarea este cantitativ ceva mai mare sau mai mică decât de obicei și poate fi, de asemenea, antedatată sau postdatată față de normal, chiar cu una sau câteva zile. Uneori, ceea ce ar fi în aparență o menstră normală încetează pentru câteva zile, ca apoi sângerarea să revină. Toate aceste ușoare neregularități legate de menstră necesită a fi notate.

Durerea abdominală. Durerile abdominale de tip colicativ, resimțite în hipogastru sau în regiunile iliace, pot fi principala acuză. Aceste dureri, luate împreună cu sângerarea vaginală pot sugera atât pacientei, cât și medicului iminența avortului. Durerile sunt datorate probabil unor ușoare și repetate hemoragii intraperitoneale sau contracțiilor tubului fallopian.

Scanned with OKEN Scanner

Sângerarea uterină. Despre sângerarea uterină s-a discutat mai sus. Ea nu este constantă. Se poate constata că sângele, așa cum vine din vagin, este mai închis la culoare comparativ cu cel menstrual, dar acest fapt nu are o valoare deosebită pentru diagnostic. De o importanță mai mare, atunci când apare, este eliminarea unor fragmente deciduale din interiorul uterului, ceea ce se întâmplă rar înainte de decesul embrionului sau de „avortarea" acestuia în cavitatea peritoneală. Fragmentele deciduale apar adesea după efectuarea operației în vederea îndepărtării sacului rupt. Dacă eliminarea acestor fragmente apare concomitent cu prezența durerilor precoce cu caracter colicativ, acest fapt constituie un element ajutător pentru diagnostic, de cea mai mare importanță. Fragmentele rupte de membrane deciduale nu indică prezența vilozităților corionice, putând fi astfel diferențiate de membranele deciduale ale sacului embrionar uterin.

Sensibilitatea hipogastrică. Prin palparea digitală blândă, apăsând în jos, înapoia pubisului, se poate detecta o sensibilitate dureroasă hipogastrică, fie cu extensie în partea dreaptă sau în cea stângă, după cum este situată sarcina ectopică. Peretele abdominal nu prezintă rigiditate.

Examinarea bimanuală. Palparea bimanuală relevează o formațiune tumorală mică, rotundă, mobilă, sensibilă, situată la nivelul uneia din părțile laterale ale uterului, mai exact în fornixul lateral care corespunde zonei de durere spontană sau obținută prin palpare. De asemenea, uterul va fi simțit ușor mărit de volum.

În rezumat: dacă atât pacienta, cât și medicul gândesc că ar fi vorba de o sarcină incipientă, dacă se notează o durere neregulată, localizată în hipogastru, cu tendință de extensie mai mult pe o singură parte și dacă, concomitent cu o ușoară sângerare uterină, la palpare se simte o mică formațiune rotundă, mobilă și sensibilă, numai pe una din părțile laterale ale unui uter ușor mărit, atunci diagnosticul de sarcină ectopică se impune de la sine, urmând ca starea de graviditate să fie confirmată printr-un test biologic de sarcină; acesta devenind pozitiv numai într-un stadiu neavortat al sarcinii ectopice sau în momentul rupturii, nu trebuie să se mai aștepte venirea rezultatului, pentru a nu temporiza intervenția chirurgicală de mare urgență. Următorul caz din experiența personală este instructiv. După ce am diagnosticat clinic o sarcină extrauterină și am recomandat cât mai urgent operația, pacienta a ținut să se confirme diagnosticul la un spital. În timp ce se afla în sala de așteptare a secției de consultații a spitalului, brusc pacienta a intrat în colaps în urma unei puternice hemoragii interne. A scăpat fiind imediat operată. De reținut că este preferabilă diagnosticarea clinică, dacă este posibil cât mai precoce, a sarcinii ectopice, înainte ca aceasta să se complice cu o puternică hemoragie internă.

Diagnostic diferențial. Referindu-se la sarcina ectopică (tubară), Grandin afirma: „cel care suspectează orice femeie ca având o sarcină

Scanned with OKEN Scanner

tubară este cel mai puțin expus la eroare în stabilirea diagnosticului". În adevăr, diagnosticul este în mod frecvent greșit, deoarece, deseori, nu este luat în considerare. O sarcină tubară încă neruptă necesită a fi diferențiată de:

1. Gastrită.
2. Apendicită.
3. Sarcină uterină cu iminență de avort.
4. Piosalpinx sau hidrosalpinx.
5. Chisturi ovariene sau chisturi ale ligamentului lat.

Doar un medic, observator ocazional, care nu a examinat pacienta, ar putea interpreta durerea colicativă a unei sarcini ectopice în iminență de a se rupe ca fiind o durere cauzată de o *gastrită*. Localizarea și natura durerii ar trebui să orienteze atenția clinicianului spre pelvis, unde un examen clinic corect îi furnizează rapid date pentru stabilirea diagnosticului.

Dacă gestația se află în tubul drept, ar putea fi ușor confundată cu *apendicita*. Câteva din elementele principale pentru diagnosticul diferențial cu apendicita sunt redate în tabelul de mai jos.

Simptom sau semn	*Apendice pelvin inflamat, dar neperforat*	*Sarcină tubară neruptă (dar posibil în iminență)*
MENSTRUAȚIE	De obicei regulată	De obicei câteva neregularități
SÂNGERARE UTERINĂ	De obicei nu este prezentă	De obicei este prezentă
DURERE INIȚIALĂ	Epigastrică	Hipogastrică
FEBRĂ	Ușoară	De obicei fără febră
GREAȚĂ ȘI VĂRSĂTURI	Prezente	Neobișnuite
EXAMINARE BIMANUALĂ	Sensibilitate la palpare Nu există formațiune mobilă	O mică formațiune, sensibilă, rotundă, mobilă, numai de o singură parte a uterului

Dacă apendicele nu este situat în pelvis, posibilitățile de eroare sunt mult mai mici. De regulă, nici în apendicita pelvină și nici în sarcina tubară nu există o rigiditate a peretelui abdominal.

O sarcină uterină în iminență de avort este adesea greu de diferențiat de o sarcină tubară. Personal, am văzut situații când s-a procedat la chiuretaj uterin pentru ceea ce s-a crezut a fi o sarcină uterină cu avort incomplet, dar care în realitate era o sarcină tubară. Examinarea bimanuală ar fi trebuit să poată diferenția cele două tipuri, diagnosticul de sarcină fiind pozitiv în ambele cazuri, iar sângerarea uterină prezentă. În primul caz (sarcina tubară), la examenul pelvin, uterul este ușor mărit,

Scanned with OKEN Scanner

cu o mică formațiune dureroasă, palpabilă lateral față de acesta și numai de o singură parte, iar, în al doilea caz (sarcină uterină), uterul este net mai mare, fără nici o formațiune în fornixul lateral.

Cea mai mare dificultate de diagnostic este în cazul unei sarcini intrauterine complicate printr-un piosalpinx, hidrosalpinx sau un mic chist ovarian. Dacă durerea abdominală severă determinată de oricare din aceste stări clinice ar fi imposibil de diagnosticat cu certitudine, nu ar rămâne, probabil, decât deschiderea abdomenului în fiecare din aceste cazuri, ca singură soluție.

RUPTURA SARCINII TUBARE

Ruptura sarcinii tubare este una din cauzele de moarte subită a unor femei tinere cu stare de sănătate anterioară perfectă. Multe din astfel de femei cu sarcină ectopică ajung în pragul morții.

Simptomele sunt de obicei evidente:

Durere abdominală bruscă.
Vărsături.
Stare de lipotimie sau leșin adevărat.
Anemie și colaps brusc, însoțite de un puls slab și rapid și de o temperatură subnormală.
Abdomen umflat și sensibil.
Lichid liber în cavitatea abdominală.
Durere la palparea fundului de sac Douglas.

Durerea este uneori hipogastrică, alteori mai generalizată, ajungând chiar în epigastru; ocazional, durerea este simțită în regiunea supraclaviculară sau chiar în fosa supraspinoasă. Uneori, această durere claviculară poate fi provocată, în scop diagnostic, prin manevra ridicării foarte lente a marginii patului din dreptul picioarelor, pentru a realiza o împingere a sângelui liber din abdomen spre diafragm. Anemia trebuie căutată în special la nivelul buzelor, limbii și al patului subungheal al degetelor. De asemenea, sclerele prezintă, din cauza anemiei, un aspect albicios particular. Ocazional, hemoragia internă severă se poate manifesta printr-o respirație profundă, cu suspine.

Pulsul accelerat nu este deloc un indicator întotdeauna fidel de apreciere a hemoragiei, fiind semnificativ crescut la unele paciente numai în cazul hemoragiilor mari, în timp ce se notează intervenția rapidă a mecanismelor complexe de compensare și de restaurare a circulației din organism. Totuși, de regulă, pulsul este accelerat și foarte slab, iar tensiunea arterială este adesea considerabil scăzută.

Examinarea fizică va evidenția un abdomen flasc, dar sensibil. Se notează o senzație de plenitudine și chiar, excepțional de rar, o ușoară rezistență la palpare în hipogastru (apărare). Existența lichidului liber

Scanned with OKEN Scanner

în abdomen poate fi demonstrată prin anumite manevre, dar acestea nu sunt necesare și nici recomandabile. Peritoneul pelvin va fi sensibil la palpare și este posibil să fie detectată o mică formațiune în fornixul lateral, într-o singură parte. Aspectele importante care necesită atenție în diagnostic sunt: debutul brusc, lipotimia sau leșinul, anemia gravă, pulsul slab și temperatura subnormală.

Diagnostic diferențial. Acesta trebuie să fie făcut cu câteva situații abdominale catastrofale, foarte acute, cum ar fi: perforația stomacului, a duodenului sau a colecistului, ocluzia intestinală, pancreatita acută, apendicita perforată acută, ruptura unui adenom hepatic cu hemoragie sau torsiunea unui pedicul de chist ovarian. Deci, istoricul cazului, debutul brusc, paloarea extremă și persistentă, temperatura subnormală și absența rigidității peretelui abdominal, la o pacientă cu o stare generală anterioară bună, exceptând unele ușoare neregularități menstruale, foarte rar dacă mai lasă vreo îndoială asupra diagnosticului.

Clinic, este imposibil a diferenția ruptura unei sarcini ectopice de *hemoragia severă secundară rupturii unui chist de folicul graafian* sau de corp galben. Ultima eventualitate este foarte rară și, de obicei, nu este însoțită de nici un semn de sarcină.

CAZURI DE HEMORAGIE SUBACUTĂ

După mici și repetate sângerări, se poate ajunge la un hematocel (acumulare de sânge în peritoneul pelvin) și vom lua în considerație diagnosticul acestuia în cazul hemoragiilor peritoneale subacute.

Multe paciente se prezintă pentru diagnostic la scurt timp după ce au suferit o ruptură acută de sac gestațional sau *după ce mici și repetate hemoragii au dus la formarea unui hematocel* (fig. 33 și fig. 34).

În momentul examinării, sângerarea s-ar putea opri și pacienta ar avea suficient timp ca să-și revină. Simptomele relativ serioase din criza precedentă au fost considerate de către pacientă ca un simplu leșin iar, de către medic, drept o criză cardiacă. Această interpretare greșită este posibilă numai la acele paciente care au prezentat fenomene moderate de hemoragie internă, nu foarte grave. După o hemoragie moderată, fenomenele fruste de colaps se ameliorează rapid, pulsul se normalizează și temperatura poate să ajungă de la subnormală la ușor crescută. Dacă hemoragii similare, dar tot ușoare, se vor repeta, nu vor mai apărea fenomene de colaps acut. Când însă crizele de durere se repetă, pacienta va simți, de obicei, senzație de leșin. O astfel de pacientă se prezintă la consult fie pentru durere abdominală plus slăbiciune generală, fie pentru durere abdominală și hemoragie uterină. Ocazional, ea dorește să primească indicații terapeutice și pentru retenția de urină.

Diagnosticul se face prin anamneză, interpretând istoricul crizelor repetate de durere în zona hipogastrică sau iliacă, neregularitatea ciclu-

Scanned with OKEN Scanner

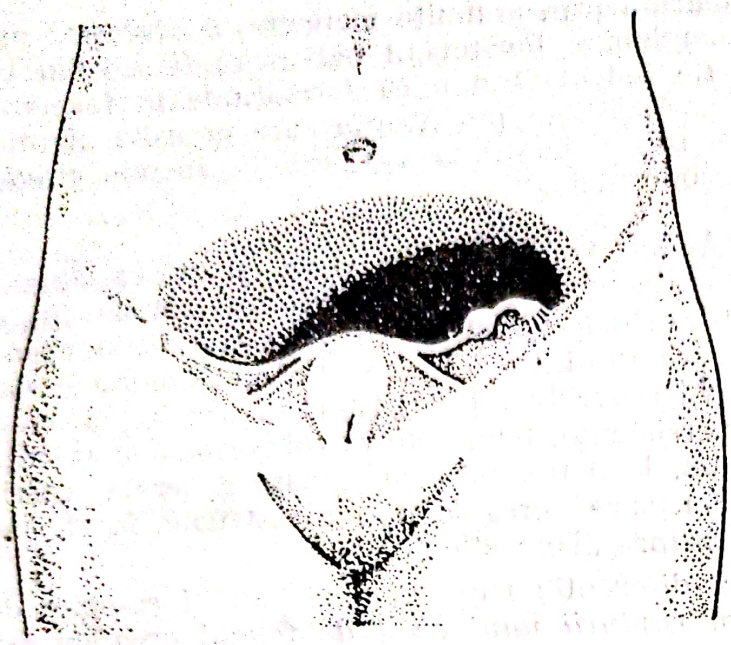


Fig. 33. Hematocel (vedere frontală). (Aria neagră indică un cheag ferm și vechi; porțiunea punctată reprezintă un cheag mai moale și mai recent.)

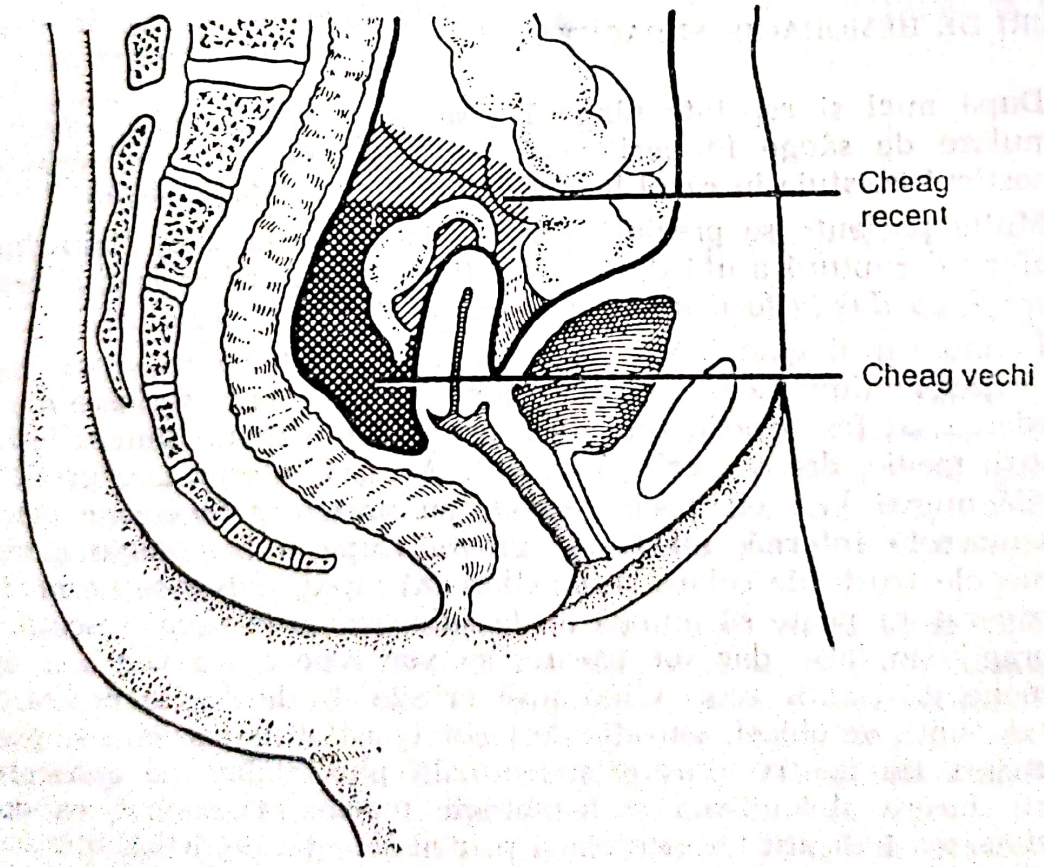


Fig. 34. Hematocel (vedere laterală).

rilor menstruale şi condiţiile clinice găsite la examenul obiectiv, care sunt, după cum urmează:

1. Aspectul anemic al pacientei.
2. Temperatura normală sau uşor crescută [100°F (37,8°C) sau 101°F (38,3°C)].
3. Pulsul normal sau crescut ca frecvenţă (100—120 bătăi/min).
4. O stare de împăstare, de plenitudine a abdomenului inferior (fie prin distensie, dar mai ales prin prezenţa cheagurilor de sânge din peritoneu).
5. Sensibilitate la palpare în abdomenul inferior, mai ales de partea dreaptă sau stângă, unde se găseşte sarcina tubară.
6. Absenţa rigidităţii peretelui abdominal, deşi pacienta poate arăta resentimente faţă de orice palpare profundă, prin contractarea muşchilor abdominali.
7. De obicei, persistenţa câtorva sângerări uterine.
8. La examinarea pelvisului, o stare de împăstare a abdomenului, precum şi o rezistenţă la nivelul unuia sau al ambelor funduri de sac laterale ale vaginului. Uneori, o formaţiune ceva mai fermă poate fi simţită la palpare. Dacă cheagurile de sânge sunt întărite, examinarea bimanuală poate să reveleze o tumoră, mai consistentă, care umple fundul de sac Douglas. Presiunea prin palpare abdominală sau vaginală a acestei tumori produce întotdeauna durere.
9. Se mai pot nota micţiuni frecvente şi retenţie urinară.
10. În două cazuri, am obţinut un răspuns pozitiv la testul rotaţiei coapsei sau testul obturatorului (vezi p. 50).

O evidenţă adiţională de hemoragie internă poate fi uneori obţinută prin prezenţa unei discoloraţii tegumentare, albăstruie sau purpurie, în zona periombilicală (semnul Cullen). Acest semn, totuşi, este tardiv şi nu este foarte constant.

Câteodată pot apărea vărsături concomitent cu crizele de durere abdominală, dar nici acest semn nu este important sau constant. Se poate nota şi prezenţa constipaţiei. În general, diagnosticul poate fi clarificat pe baza simptomelor şi semnelor de mai sus. Dacă sarcina a avansat până în luna a doua sau a treia, se constată o înmuiere a colului uterin, precum şi o mărire şi întărire a sânilor, ca în orice sarcină, ceea ce ajută diagnosticul.

Diagnostic diferenţial. Uneori, este mai greu de făcut diagnosticul diferenţial cu o apendicită pelvină, un piosalpinx sau un uter gravid retroversat.

Apendicita pelvină. Aproape toate simptomele şi semnele ce apar într-o apendicită pelvină sunt similare cu acelea provenite dintr-un mic hematocel pelvin, astfel încât aceste două stări clinice pot fi frecvent confundate în stabilirea diagnosticului. Durerea în hipogastru, vărsăturile,

Scanned with OKEN Scanner

sensibilitatea dureroasă locală și o oarecare febră moderată sunt comune ambelor afecțiuni. Chiar și testul de rotație a coapsei poate fi pozitiv în ambele cazuri. La fel de frecventă este și absența rigidității peretelui abdominal. Principalele puncte de diferențiere ar fi că în sarcina ectopică se semnalează aproape întotdeauna unele neregularități menstruale sau chiar o perioadă de amenoree și, posibil, simptome caracteristice de sarcină precoce. În plus, anamneza este diferită. Istoricul debutului sugerează o hemoragie internă în sarcina extrauterină, iar în apendicită există o anumită secvențialitate caracteristică de apariție a simptomelor, ceea ce contribuie la stabilirea diagnosticului corect.

Piosalpinxul. În piosalpinx (piosalpingită) nu se întâlnesc neregularități menstruale (deși menoragia nu este rară), dar ar exista un istoric cu repetate inflamații pelvine, leucoree, endometrită sau infecții de natură gonococică. În piosalpinx, colul uterin își păstrează consistența normală, nu este înmuiat, iar durerea la micțiune și retenția de urină sunt foarte rar semnalate.

Uterul gravid retroversat. Această stare clinică poate fi confundată cu o sarcină ectopică ce a ajuns în luna a treia sau a patra de gestație, deoarece, în ambele cazuri, se notează o retenție de urină. Dar, dacă vezica urinară este golită prin cateterizare, devine posibilă efectuarea unei manevre determinante, decisivă pentru stabilirea diagnosticului, și anume tușeul vaginal cu palparea fundului uterului. Absența sau prezența fundului uterin în poziție normală stabilește, sau nu, retroversia uterină. În plus, hemoragia uterină în cazul uterului gravid retroversat se caracterizează prin sânge proaspăt, de culoare roșie, trădând iminența unui avort, spre deosebire de hemoragia din sarcina extrauterină, unde culoarea sângelui este mai închisă. Anemia este observată aproape numai în sarcina ectopică.

Dacă fătul din sarcina ectopică supraviețuiește rupturii și atinge câteva luni de gestație, se va ajunge la apariția unei tumori abdominale la nivelul căreia se pot palpa foarte ușor, prin peretele abdominal, segmente fetale; în același timp, simptomele de sarcină vor fi foarte evidente. Ar fi posibil, dar foarte rar, ca simptome acute să apară chiar și în acest stadiu.

Scanned with OKEN Scanner

19. Boala abdomenului acut cu simptome genitourinare

Acest capitol se referă la patologia primară a organelor genitourinare cu manifestări abdominale sau la patologia secundară, de iritație, a acestor organe provocate de boli ale altor viscere. Principalele simptome care merită să ne rețină atenția sunt următoarele:

1. Tumefacție dureroasă la nivelul regiunii lombare.
2. Colică renală.
3. Tulburări de micțiune — durere, frecvență, retenție.
4. Anomalii ale testelor urinare — hematurie, albuminurie, porfirinurie.
5. Durere în testicul sau de-a lungul cordonului spermatic.
6. Sensibilitate la palpare în zona unghiului dintre marginea costală dreaptă și mușchiul ridicător (costo-ridicător drept).

TUMEFACȚIILE DUREROASE LA NIVELUL REGIUNII LOMBARE

O pionefroză sau o hidronefroză pot da naștere unor simptome acute. În ambele afecțiuni renale se poate simți la examenul clinic o formațiune tumorală rotundă și sensibilă, care ocupă regiunea lombară posterioară. Colonul se poate palpa pe fața anterioară și internă a formațiunii tumorale iar contactul lombar al acesteia, în cazul în care umple complet această zonă, constituie de obicei un semn aproape suficient pentru a diagnostica natura reală a tumorii. Atât în pionefroză, cât și în hidronefroză, anamneza semnalează în antecedente tulburări urinare. Crize acute de durere sunt oricând posibile să apară în hidronefroza recurentă, fiind însoțite de simptome gastrointestinale (de tip flatulență și vărsături). Dacă aceste simptome apar în timpul crizei dureroase, prezența rinichiului dilatat, palpat ca o tumoră lombară, va fi, totuși, caracteristică. În pionefroză există în mod obișnuit semne de absorbție toxică — febră, limbă încărcată și o stare generală alterată, de toxemie. În hidronefroză simptomele sunt mai puțin severe. Câteodată este foarte greu de obținut un istoric al simptomelor renale și, în lipsa acestuia, numai pe baza examenului clinic este aproape imposibil să deosebești o pionefroză, inclusiv semnele de perinefrită care o însoțesc, de alte cauze de supurație locală, cum ar fi apendicita sau diverticulita, mai ales la cei cu obezitate.

Scanned with OKEN Scanner

Boala polichistică a rinichilor ar putea să dea naştere la uremie, însoţită de vărsături şi distensie abdominală, *ceea ce ar crea unele confuzii de diagnostic diferenţial cu ocluzia intestinală.* Prezenţa bilaterală a formaţiunii tumorale în regiunea lombară, ureea sanguină crescută, albuminuria şi hipertensiunea arterială orientează diagnosticul spre o afecţiune renală primară cu manifestări abdominale. De regulă, suprafaţa rinichiului polichistic este neregulată, din cauza chisturilor netede a căror mărime poate varia considerabil.

COLICA RENALĂ

Durerea renală de tip colicativ poate fi cauzată de:

1. Calculi la nivelul pelvisului renal.
2. Calculi la nivelul ureterului.
3. Cheaguri de sânge sau detritusuri uratice în ureter.
4. Apendicită.

În colica renală, durerea începe la nivel lombar şi iradiază în mod frecvent, dar nu întotdeauna, spre regiunea inghinală sau spre testicul de aceeaşi parte. Durerea poate fi datorată oricărui obiect mic, solid sau semisolid, care coboară spre ureter. În mod obişnuit, nu există dificultăţi de diagnostic, deşi, ocazional, colica apendiculară sau chiar apendicita ar putea produce dureri de aceeaşi natură. Totuşi, într-o apendicită suficient de severă pentru a simula o colică renală, se notează, în mod obişnuit, o rigiditate musculară locală persistentă, care nu se întâlneşte de obicei în colica renală (vezi capitolul 12).

TULBURĂRI DE MICŢIUNE

Durerea la urinare şi frecvenţa crescută a micţiunilor sunt simptome ce se întâlnesc în aproape toate cazurile de pielită şi în multe cazuri de colică renală dar, de asemenea, destul de des s-au notat şi în apendicită sau în pelviperitonite de alte cauze. Examenul de laborator al urinei ar putea confirma sau infirma diagnosticul de pielită.

În apendicită, disuria şi polakiuria s-ar datora unei iritaţii a pelvisului renal, a ureterului sau a vezicii urinare de către un apendice inflamat sau de către o peritonită de contiguitate. Când aceste două simptome sunt însoţite de o sensibilitate la palpare a peritoneului pelvin, de constatarea, prin tuşeu rectal, a unei formaţiuni sensibile, precum şi de testul obturator pozitiv, se poate conchide diagnosticul de apendicită, în care apendicele ar avea o poziţie pelvină, iritând vezica urinară. Acest set de simptome se întâlneşte totdeauna când există o massă inflamatorie adiacentă vezicii. Astfel, spre exemplu, diverticulita sigmoidiană sau boala Crohn pot provoca: disurie, polakiurie şi febră în prezenţa unei forma-

Scanned with OKEN Scanner

țiuni pelvine dureroase. Cele două stări clinice menționate trebuie totdeauna avute în vedere în aceste circumstanțe. Dacă nu este însoțit de alte semne, apendicele este situat, în general, fie lângă rinichi, unde ar putea irita pelvisul renal, fie în contact strâns cu ureterul drept.

În hematocelul pelvin, apărut în urma unei rupturi de sarcină ectopică, există în mod frecvent și simptome urinare. Uneori, se notează retenție urinară, alteori, o ușoară disurie sau polakiurie. Dacă o femeie tânără se prezintă cu anemie severă, dureri abdominale și simptomatologie urinară, este bine să ne gândim la sarcină ectopică. Distensia acută a vezicii urinare poate cauza dureri foarte severe în hipogastru și, câteodată, în regiunea lombară inferioară. Palparea sau percuția unei vezici destinse nu este dificilă, iar procesul de incontinență urinară prin „prea plin" nu trebuie să inducă în eroare. În acele cazuri mai rare în care distensia vezicii urinare nu se face în sus ci, mai curând, înapoi și în sus, este foarte greu de precizat poziția exactă a acesteia prin percuție. Totuși, examinarea bimanuală și utilizarea unui cateter pot ajuta la stabilirea diagnosticului.

ANOMALII ALE TESTELOR URINARE

Hematuria apare, în mod frecvent, după colica renală și poate, uneori, să indice originea durerii renale, care nu fusese chiar tipică.

Albuminuria este un rezultat de laborator extrem de important, deoarece simptomele de uremie pot foarte bine să simuleze ocluzia intestinală; dar, prin descoperirea prezenței albuminuriei se facilitează stabilirea diagnosticului. Mulți pacienți cu nefrită au suferit operații pe abdomen inutile și uneori periculoase, deoarece a fost neglijată efectuarea analizei urinei. În multe stări abdominale septice s-a observat albuminurie toxică. dar acest lucru nu este de obicei greu de interpretat numai din punct de vedere clinic atunci când toxemia este foarte severă. În atacurile acute de porfirie, urina se colorează în brun, care cu timpul virează în brun-roșcat.

DUREREA TESTICULARĂ

Durerea în testicul se întâlnește în colica renală. În câteva cazuri ea apare și în apendicită, fie din cauza iritației ramurilor simpatice care însoțesc artera spermatică, fie ar putea să reprezinte o adevărată durere segmentală, raportată la traiectul celui de-al X-lea nerv spinal. Ruptura anevrismului aortic cu hemoragie retroperitoneală provoacă adesea o durere severă în testicul și în regiunea inghinală.

Torsiunea unui testicul, în situația de descindere imperfectă, poate cauza o durere extremă în regiunea inghinală, simulând o hernie inghinală strangulată. Pot apărea grețuri, vărsături și chiar o stare de șoc,

Scanned with OKEN Scanner

uneori severă. Caracterul acut de durere testiculară, precum și absența testiculului din scrot permit diagnosticarea afecțiunii.

Tromboza sau flebita supurată a venelor cordonului spermatic ar putea produce dureri în regiunea inghinală și, uneori, în regiunea iliacă a abdomenului. Dar zona tumefiată și dureroasă se extinde în jos, spre testicul, care, de asemenea, devine tumefiat și dureros.

Rareori, în cursul apendicitei se notează o retracție testiculară. Ea este datorată unei contracții reflexe a mușchiului cremaster.

SENSIBILITATEA DUREROASĂ LA NIVELUL UNGHIULUI COSTO-RIDICĂTOR

Sensibilitatea dureroasă la presiunea unghiului costo-ridicător drept (adică la nivelul regiunii unde se pune în evidență în mod obișnuit sensibilitatea rinichiului drept) este prezentă în multe cazuri de apendicită, mai ales când apendicele are o poziție retrocecală.

Simptomele renale pot fi provocate de orice leziune retroperitoneală în regiunea pelvisului renal; astfel, un ulcer duodenal perforat posterior sau o perforație retroperitoneală a canalului biliar comun pot produce o creștere a frecvenței micțiunilor și chiar o ușoară hematurie. În cazul durerilor din flancul abdominal stâng și al sensibilității dureroase la palparea profundă a regiunii, nu trebuie să se uite diagnosticul diferențial cu pancreatita acută.

Scanned with OKEN Scanner

20. Diagnosticul peritonitei acute

Lăsând la o parte hemoragia masivă care deține primul loc, a doua cauză de deces dintre toate cazurile de afecțiuni abdominale grave și acute este reprezentată fie de peritonita acută secundară, fie de ocluzia intestinală acută, paralitică sau mecanică. Peritonita acută difuză sau generalizată este cea mai frecventă cauză de letalitate din patologia abdominală. Cele mai multe cazuri, doar dacă pacientul nu este muribund, reclamă — mai devreme sau mai târziu — o deschidere chirurgicală a abdomenului. În timpul operației, lichidul revărsat în peritoneu se poate obține foarte ușor în vederea examenului morfobacteriologic, deși acesta poate fi obținut chiar preoperator, prin puncție abdominală cu ac fin, efectuată pe linia mediană, la jumătatea distanței între ombilic și pubis. Exsudatul peritoneal astfel obținut este colorat și cultivat bacteriologic în vederea examenului microscopic.

Posibilitățile de infectare peritoneală sunt următoarele:

1. Prin plagă penetrantă a peretelui abdominal.
2. Pe cale hematogenă.
3. Din unele viscere abdominale (cel mai frecvent).
4. Prin proces transdiafragmatic (aproape niciodată) sau prin extensie limfatică de la coapsă (foarte rar).

Germenul cel mai important și mai des întâlnit este pneumococul, care poate cauza așa-numita peritonită primară, deosebit de severă.

Contaminarea peritoneului prin microorganismele conținute în lumenul unor viscere se poate produce fie prin (1) ruptura viscerului, fie prin (2) traversarea unui perete visceral afectat. La femeie mai există încă o cale particulară de contaminare a peritoneului: propagarea infecției genitale prin tubii fallopieni. În mod frecvent, se poate forma un abces local, extra- sau intraperitoneal, în apropierea unui organ afectat. După un timp, acest abces se poate sparge fie în cavitatea generală a peritoneului, provocând peritonită, fie în viscerul adiacent.

CAUZE

Cele mai frecvente cauze care provoacă o peritonită generalizată sunt stările clinice descrise deja în capitolele precedente. Ele cuprind

îmbolnăviri sau rupturi de organe cavitare și deschideri în peritoneu ale unor abcese de viscere solide, după cum urmează:

Perforația:

Apendicelui.
Ulcerului gastric sau duodenal.
Ulcerului tific sau tuberculos al intestinului subțire.
Ulcerului dizenteric sau stercoral sau a unui diverticul colonic.
Colecistului sau a căilor biliare.

Gangrena:

Unei anse intestinale strangulate.
Invaginației.
Volvulusului.

Difuzarea infecției de la:

Un piosalpinx.
Uterul infectat.
Pionefroză.

Ruptura unui:

Abces hepatic.
Abces splenic.

O formă mai puțin acută de peritonită este aceea rezultată din extravazarea de bilă sau de urină, sterile, în cavitatea peritoneală.

SIMPTOME

Simptomatologia peritonitei variază semnificativ în funcție de zona în care apare, de extensia suprafeței de peritoneu afectat, de natura agentului infecțios și de gradul de acuitate a debutului. În stabilirea diagnosticului, de mare folos poate fi gruparea simptomelor, în mare, în două categorii: reflexe și toxice, după cum urmează:

Reflexe
- Durere.
- Rigiditate musculară.
- Modificare anxioasă a faciesului.

Toxice
- Modificarea temperaturii. Colaps.
- Distensie abdominală. Pareză intestinală.
- Toxemie generalizată.

Scanned with OKEN Scanner

SIMPTOME ȘI SEMNE REFLEXE

Simptomele reflexe ale peritonitei, în absența colapsului inițial, pot fi extrem de echivoce. Sunt mai bine definite, se pare, la persoanele tinere și, din contră, mai puțin semnificative la vârstnici sau la pacienții debilitați.

Durerea. Durerea reprezintă, în peritonită, simptomul cel mai constant. Ea poate fi localizată în zona focarului inflamației sau poate fi mai generalizată, acoperind întregul abdomen. Dacă peritonita se extinde, zona dureroasă se extinde, de asemenea, deși intensitatea maximă se resimte aproape întotdeauna la locul inițial. Sensibilitatea la palpare este o trăsătură constantă la nivelul oricărui focar de inflamație peritoneală. Chiar atunci când rigiditatea musculară este absentă, palparea, de obicei, provoacă durere în aria procesului inflamator. Absența sensibilității dureroase la palparea locală, personal, nu am întâlnit-o decât foarte rar, fie din cauza unei toxemii concomitente, suficient de intensă ca să diminueze semnificativ reactivitatea senzorială, fie ca un rezultat al rigidității musculare suficient de puternice ca să prevină transmisia presiunii, aplicată prin palpare, asupra zonei inflamate.

Vărsăturile. Acestea sunt frecvent întâlnite la debutul peritonitei, dar, mai târziu, devin progresiv mai rare, căpătând însă, în fazele finale, un caracter obstructiv.

Rigiditatea musculară. Rigiditatea musculară abdominală este un semn obișnuit în stadiile precoce de *peritonită, dar numai în condițiile în care peritoneul afectat se află în dreptul zonei manifeste a acestui semn* (adică abdomenul anterior și lateral). Cel mai bine se evidențiază în perforația unui ulcer gastric și duodenal, în care o mare parte din zona manifestă a peritoneului este iritată. În general, este absentă sau numai ușor schițată atunci când peritonita este limitată la pelvis — pelviperitonita. În acele cazuri în care rigiditatea este prezentă în stadiile precoce, pe măsură ce peritonita progresează, mușchii abdominali tind să se relaxeze, până în stadiul final, când contractura acestora devine aproape absentă. Ea este, de asemenea, absentă sau greu de detectat la persoanele cu obezitate, la cei cu musculatură flască, la bătrâni și la tarați. Poate fi moderată în cazurile de peritonită cu pneumococi sau în cele cu infecții care progresează mai lent, determinate de b. *Coli (Escherichia coli)* și streptococi.

Când se întâmplă ca produși naturali, ca bila sterilă, urina sterilă sau sângele neinfectat, să se scurgă și să ajungă în cavitatea peritoneală, iritația consecutivă a acesteia poate să nu fie însoțită de rigiditatea peretelui muscular abdominal. În cazurile de extravazare biliară, mai mulți pinți de bilă (1 pint=473 ml) se pot acumula în peritoneu mai înainte de a se accentua tumefierea și distensia abdomenului, iar prezența de lichid liber în abdomen relevă natura serioasă a acestei stări clinice.

Scanned with OKEN Scanner

Modificarea anxioasă a faciesului. Deşi ar putea constitui un indicator important pentru un clinician experimentat, este un aspect care nu poate fi redat în cuvinte decât foarte greu. În starea iniţială de colaps, pacientul este alb şi tras la faţă, dar acest aspect nu este deloc constant. În orice caz, reacţia organismului la această stare este atât de rapidă şi completă, încât aspectul facial al bolnavului, în mod frecvent, revine la normal pentru o perioadă. Cu toate acestea, există, de obicei, un facies caracteristic în multe cazuri la care, altfel, tabloul clinic al peritonitei este slab conturat. Aşa-numitul „facies hippocratic" apare în peritonita tardivă cu prognostic ireversibil.

SIMPTOME TOXICE

În general, simptomele toxice de peritonită apar mai târziu şi indică un stadiu mai sever al bolii. Ocazional, se notează un puls intermitent, mai ales în peritonita avansată. Cum infecţia, care progresează, poate cuprinde mai multe bucle intestinale, acestea devin blocate, paralizate şi dilatate, iar conţinutul lor stagnează şi, astfel, apare ocluzia intestinală. Pe măsură ce paralizia intestinală se extinde, peristaltismul încetează iar la auscultaţia abdomenului nu se mai aude nici un zgomot. Se acumulează în abdomen din ce în ce mai mult lichid, pe seama sângelui circulant, ceea ce duce la starea de colaps secundar. În acest stadiu de ocluzie adevărată, apar vărsăturile caracteristice si se notează pulsul slab şi rapid, descris ca un indicator pentru stadiile tardive ale peritonitei şi nu pentru cele precoce, când diagnosticul este important să fie stabilit.

DIAGNOSTIC DIFERENŢIAL

Un caz clinic flagrant de peritonită nu este greu de diagnosticat, deoarece durerea, vărsăturile, sensibilitatea locală, rigiditatea musculară şi febra sunt simptome considerate suficiente în stabilirea corectă a diagnosticului; totuşi, se mai pot face greşeli fie pentru că simptomele sunt prea atenuate, fie ele sunt atipice. Atunci când zona iniţial afectată se află în pelvis sau în orice altă parte relativ „liniştită" a abdomenului, simptomele precoce sunt uşoare şi înşelătoare; manifestările clinice sunt adesea atipice la pacienţii cu vârstă înaintată, debilitaţi sau foarte obezi. În stadiile avansate de peritonită, este deseori imposibil de diferenţiat această stare de ocluzia intestinală, care se dezvoltă ca o consecinţă tardivă a peritonitei. Este încă un prilej de a sublinia că frecvenţa pulsului nu este un indicator de încredere pentru diagnosticul peritonitei în stadiul iniţial.

Circumstanţele clinice care pot simula peritonita sunt:

1. Pleuropneumonia.
2. Colicile.

3. Ocluzia intestinală.
4. Hemoragia internă.
5. Anumite afecțiuni nervoase (de exemplu, tabes, isterie).

Aspectele de diferențiere sunt enumerate în altă parte a acestei cărți.

Peritonita primară pneumococică

Stabilirea diagnosticului de peritonită primară fără confirmare printr-o probă de laborator pozitivă este periculoasă. Singura dovadă concludentă este demonstrarea prezenței pneumococului pe lamă sau în cultura de revărsat peritoneal; chirurgul, care — explorând preoperator un pacient suspicionat de peritonită cauzată de o asociere microbiană, dar fără sursă de contaminare aparentă și fără precizarea clară a microbilor implicați — stabilește totuși diagnosticul de peritonită „primară", va adopta o atitudine de minimă rezistență și nu va servi adecvat cauza rezolvării cazului.

Prin peritonită pneumococică primară se înțelege acea formă de infecție cu pneumococ în care simptomele peritoneale reprezintă trăsătura predominantă a bolii. Se poate presupune că leziunea peritoneală este aproape întotdeauna secundară unui alt focar infecțios al organismului, dar, atunci când acest focar este latent sau de importanță minoră, folosirea termenului de peritonită „pneumococică primară" este frecventă.

Infectarea peritoneului pe cale sanguină poate apărea fără stabilirea localizării focarului de origine a invaziei microbiene, deși, cel mai des, infecția se răspândește pornind de la tubii fallopieni sau, posibil, de la intestin. Boala este mult mai frecventă la sexul feminin, mai ales sub 10 ani. În Africa tropicală, peritonita pneumococică apare mai des la femeile adulte.

Simptomele variază considerabil. Ele sunt aceleași cu cele ale peritonitei obișnuite, dar în grade diferite de severitate. Este poate util să descriem trei stadii ale bolii, și anume: stadiul debutului, stadiul intermediar și stadiul rezidual.

DEBUTUL

Stadiul debutului este brusc, cu dureri abdominale, vărsături și febră, care poate ajunge până la 104°F (40°C) sau 105°F (40,5°C). În unele cazuri se notează diaree. În mod frecvent există simptome toxice, în discordanță cu datele locale; se poate nota uneori delir.

Scanned with OKEN Scanner

Durerea abdominală poate fi difuză, dar deseori este localizată mai evident la nivelul hipogastrului. Peretele abdominal poate fi rigid, dar mai des el este moale, cu ușoară sensibilitate locală.

În cazurile foarte severe, care sunt întotdeauna, pentru un timp, septicemice, decesul poate surveni în două sau trei zile, cu excepția celor la care boala a fost diagnosticată și tratată prompt și adecvat.

STADIUL INTERMEDIAR

Stadiul intermediar corespunde formării puroiului în cavitatea abdominală. Simptomele toxice se atenuează, dar persistă febra neregulată și se notează o tumefiere progresivă a abdomenului, precum și o leucocitoză. Durerea abdominală în acest stadiu este foarte ușoară și, în contrast cu febra continuă și cu abdomenul tumefiat și nedureros, ar putea duce la suspicionarea unei posibile tuberculoze.

STADIUL REZIDUAL

Stadiul rezidual corespunde unei localizări definite a puroiului și unei absențe a tuturor simptomelor acute, cu excepția febrei cu caracter neregulat. Puroiul poate fi localizat în pelvis sau în partea centrală a abdomenului și chiar în regiunea subfrenică.

DIAGNOSTIC

În diagnosticul diferențial al peritonitei pneumococice primare în stadiul de debut, prima afecțiune care trebuie eliminată este apendicita acută. Uneori este foarte dificil, dar dacă febra inițială este mare, dacă semnele abdominale sunt mai curând imprecise și, mai ales, dacă se observă un ușor delir și o diaree supărătoare, atunci ar trebui suspectată peritonita pneumococică. Ea apare în special la fete tinere, la care un important ajutor pentru diagnostic poate fi obținut prin examinarea secreției vaginale, în vederea decelării prezenței pneumococilor, aceștia din urmă având posibilitatea să ajungă în peritoneu prin intermediul tubilor fallopieni, o cale obișnuită de infecție. Dacă există vreo îndoială serioasă, este mai înțelept să se recomande o explorare chirurgicală, deoarece este mai periculos să lași să evolueze spre perforație o apendicită septică decât să examinezi, prin laparotomie, posibilitatea unei peritonite pneumococice în stadiul precoce.

În stadiul intermediar, dacă febra continuă, abdomenul se tumefiază progresiv, iar absența relativă a durerii abdominale și a sensibilității la palpare ar putea ridica suspiciunea unei peritonite prin tuberculoză sau chiar prin febră tifoidă. Dar istoricul debutului, prezența unor ganglioni sau a unor masse palpabile în abdomen, precum și rezultatele pozitive ale unor teste specifice pentru decelarea tuberculozei ar confirma această etiologie a peritonitei, în timp ce absența leucocitozei,

Scanned with OKEN Scanner

splina mărită, precum și rezultatul pozitiv al unor teste specifice de aglutinare ar confirma peritonita tifică.

În stadiul al treilea, sau stadiul rezidual, tumefacția, bine definită, ar putea fi detectată în orice parte a abdomenului. Aceasta ar reprezenta reziduul unui abces, situat fie în pelvis, fie în abdomenul superior sau mijlociu. Diagnosticul diferențial al peritonitei primare pneumococice în acest al treilea stadiu poate fi făcut cu orice tumoră abdominală sau orice abces abdominal. Anamneza corectă, notând bolile anterioare, poate fi de mare folos în deciderea diagnosticului.

S-a menționat mai sus că peritonita pneumococică nu dă naștere unei rigidități abdominale, care este în general prezentă în aproape toate celelalte forme de peritonită acută. Am cunoscut un caz în care combinația de durere abdominală, vărsături și abdomen lax a format bazele stabilirii diagnosticului de ocluzie intestinală acută.

Dacă, incidental, coexistă și o pleurezie sau pericardită, simptomele acestora pot eclipsa în întregime simptomele peritonitei. În stadiile precoce ale poliserozitei pneumococice, adesea diagnosticul exact este foarte greu de stabilit. Atunci când semnele acestei afecțiuni devin evidente și predominante la nivelul plămânului, laparotomia nu mai trebuie recomandată, până nu există suficiente date care să ateste prezența puroiului în abdomen. Dacă starea clinică toracică a fost tratată cu succes, dar situația pacientului nu se ameliorează, se impune ca atenția chirurgului să se îndrepte spre abdomen și nu trebuie uitat că absența rigidității și durerea relativ ușoară pot coexista cu o colecție considerabilă de puroi, care ar putea fi trecută cu vederea.

Prognosticul cazurilor de peritonită pneumococică a fost mult modificat în bine prin faptul că organismul este sensibil la unele antibiotice. Cazurile diagnosticate precoce, în stadii inițiale, ca regulă generală pot fi tratate cu succes prin administrare de penicilină și, prin urmare, operația poate fi evitată.

Peritonita primară în ciroza hepatică

Recent, s-a relatat că pacienții cu ciroză hepatică, mai ales de etiologie alcoolică, sunt în mod particular susceptibili de a dezvolta un tip special de peritonită primară. În toate cazurile raportate era vorba de o ciroză ascitogenă, ascita fiind simptomul principal, constant încă de la începutul bolii. Particular pentru acest tip de peritonită este că durerea spontană, sensibilitatea la palpare și rigiditatea abdominală sunt extrem de ușoare și, de multe ori, chiar absente. Febra și leucocitoza sunt, de asemenea, reduse. Diagnosticul poate fi stabilit doar pe baza examenului lichidului ascitic de puncție peritoneală, prin punerea în evidență a germenilor microbieni și a leucocitelor, la un pacient cunoscut cirotic, la care simptomele și semnele abdominale moderate sunt aceleași ca și în cazurile de peritonită descrise mai sus, adăugându-se febra.

Scanned with OKEN Scanner

21. Diagnosticul precoce al traumatismelor abdominale

În general, toate cazurile clare și serioase de traumatisme abdominale sunt îndreptate spre chirurg. Deoarece există și multe alte situații în care traumele au fost puternice și cu consecințe care s-au dovedit a fi severe, totuși simptomele nu sunt inițial foarte evidente și, în adevăr, ele pot să rămână latente, pentru câteva ore cel puțin, astfel încât considerăm necesară prezentarea principalelor elemente de diagnostic.

Ne vom limita la discutarea acelor traumatisme în care nu există plagă deschisă a pereților organelor, precum și a acelor plăgi penetrante produse prin cuțit sau pumnal, deoarece în cazul plăgilor prin armă de foc sau șrapnel asupra peretelui abdominal nu încape îndoială că tratamentul este chirurgical.

Traumatismele nepenetrante ale abdomenului sunt, cel mai des, datorate strivirilor severe, cum ar fi cele secundare trecerii unui vehicul greu peste abdomen. Accidentele de automobil sunt, în adevăr, o cauză frecventă de traumatism intraabdominal. Un alt tip de violență este lovitura bruscă, puternică, de picior, de pumn sau prin orice corp contondent, aplicată pe o arie redusă a peretelui abdominal. Un traumatism sever poate apărea, de asemenea, în urma căderii de la înălțime sau după o piedică bruscă, ce induce o violentă răsturnare înainte a corpului. Gravitatea leziunilor produse în urma acestor traume externe împotriva peretelui abdominal depinde, în oarecare măsură, și de eventuala pregătire a pacientului în primirea loviturii, printr-o prealabilă contractare imediată, voluntară a mușchilor abdominali. Dacă aceștia sunt loviți prin surprindere, când sunt relaxați, leziunile intraabdominale vor fi mult mai severe decât atunci când mușchii abdominali sunt deja contractați, rigizi.

Orice injurie a peretelui abdominal, chiar dacă este ușoară, poate fi însoțită de serioase leziuni interne, ale viscerelor, și, invers, viscerele pot fi serios traumatizate fără să existe nici un semn vizibil, extern de injurie a peretelui abdominal. În această din urmă situație, dacă medicul observator consideră, cu superficialitate, că nu ar exista și leziuni interne concomitente, se va permite acestora să progreseze considerabil, înainte ca ele să fie suspectate.

Viscerele solide ale abdomenului (ficat, splină, pancreas, rinichi) sunt situate în porțiunea superioară a abdomenului, în cea mai mare parte acoperite și protejate de grilajul costal; în schimb, viscerele cavitare (intestine, vezica urinară, uretere, stomac) sunt mult mai expuse. În ciuda

Scanned with OKEN Scanner

acestui fapt, viscerele solide sunt lezate mai frecvent decât cele cavitare, cu excepţia vezicii urinare. Aceasta poate fi comparată cu un mic organ atunci când este umplută cu urină, situaţie în care, în caz de traumatism, este mult mai expusă la o eventuală ruptură, decât dacă ar fi fost golită. Viscerele solide se rup mai frecvent decât cele cavitare, deoarece fiind mai fixate şi lipsite de compresibilitate vor fi mai uşor lovite de structurile osoase costale sau se vor smulge de legăturile lor.

De obicei, lezarea viscerelor solide duce la hemoragie iar lezarea celor cavitare, la peritonită. Lezarea ambelor viscere poate determina şi stare de şoc.

ŞOCUL ŞI HEMORAGIA

Şocul se manifestă prin: paloare, puls slab şi rapid, transpiraţii, respiraţie accelerată şi superficială, extremităţi reci. Dacă nu există leziuni serioase, simptomele se pot remite destul de repede. Dacă starea de şoc durează mai mult timp şi gravitatea lui pare disproporţionat de mare faţă de leziunile suspicionate, s-ar putea releva şi un pneumotorax sau alte leziuni toracice. Traumatismele abdomenului superior provoacă un şoc mult mai serios decât cele legate de regiunea hipogastrică. Contuziile renale provoacă, de asemenea, un şoc sever. Medicul observator ar trebui să-şi amintească faptul că, la un pacient foarte şocat, reflexele sunt diminuate; în consecinţă, rigiditatea peretelui abdominal nu poate să nu fie absentă, chiar şi în prezenţa unei iritaţii peritoneale.

Deoarece hemodiluţia completă posthemoragică necesită cel puţin 18 ore pentru a se produce, iar reumplerea capilarelor din circulaţie necesită 4 sau 5 ore pentru a cauza o scădere semnificativă a hematocritului şi a concentraţiei de hemoglobină din sânge, se poate înţelege de ce *un hematocrit normal, în primele ore de la şoc, nu ar trebui să fie interpretat greşit ca un indicator al absenţei hemoragiei intraabdominale.*

DIAGNOSTICUL TRAUMATISMELOR ABDOMINALE

Rolul esenţial al diagnosticului este de a estima în ce proporţie anume cele trei elemente majore — şocul, hemoragia, peritonita — participă la producerea simptomelor observate şi de a stabili în consecinţă viscerul lezat şi natura acestei leziuni.

În cele câteva ore de la accident, este adesea imposibil de a avea o opinie precisă privind diagnosticul. *Şocul disproporţionat de mare comparativ cu leziunile vizibile semnifică aproape întotdeauna o hemoragie intraabdominală severă, dacă leziunea vizibilă poate fi exclusă ca o cauză.* Şocul iniţial, de obicei, se remite în 2 sau 3 ore, după care semnele de hemoragie sau de peritonită devin din ce în ce mai evidente. Dacă după 3 ore şocul este încă prezent, aceasta semnifică aproape întotdeauna o leziune viscerală gravă. Durerea, vărsăturile, rigiditatea musculară loca-

Scanned with OKEN Scanner

lizată sau generalizată, sensibilitatea la palpare, modificările pulsului, respirația superficială, diminuarea matității ficatului, lichidul liber din abdomen și liniștea abdominală la auscultație, toate acestea sunt principalele simptome care trebuie notate. Dacă mai ținem seama și de porțiunea de abdomen afectată, în multe cazuri este posibil să se aprecieze care viscer este lezat și natura injuriei acestuia.

Pacientul inconștient cu traumatism abdominal. Accidentele de automobil pot provoca leziuni simultane la cap, torace sau abdomen, iar practicianul trebuie să precizeze diagnosticul leziunii abdominale la un pacient inconștient.

Șocul la un pacient inconștient nu trebuie atribuit niciodată unei leziuni intracraniene. La un astfel de pacient cauza hemoragiei va fi găsită, aproape invariabil, în torace sau în abdomen, dacă nu vor exista fracturi majore deschise sau hemoragii externe deschise.

Adesea, semnele fizice pot să indice necesitatea unei explorări chirurgicale. Alteori, în caz de dubiu, se recomandă efectuarea unui lavaj al cavității abdominale. Examinarea lichidului astfel obținut va putea demonstra dacă se impune intervenția operatorie.

Hemoragia. Datorită dispoziției anatomice a viscerelor, hemoragia apare mai frecvent când impactul lezional s-a produs în zona superioară a abdomenului (unde se află ficatul și splina). Vasele sanguine abdominale importante vor fi afectate cel mai probabil atunci când porțiunea centrală a abdomenului este lezată. În cazul rupturilor grave de ficat sau splină, simptomele de șoc și hemoragie sunt extreme, foarte curând urmând moartea. Dacă leziunile sunt mai puțin grave la nivelul viscerelor solide sau al vaselor de sânge mezenterice, semnele evidente de hemoragie vor apărea mai lent și în mod treptat. Durerile, starea de agitație, paloarea progresivă a buzelor și a unghiilor de la degete, creșterea pulsului, scăderea tensiunii arteriale și a eliminării de urină, precum și o matitate deplasabilă la nivelul flancurilor abdominale, în dreapta sau în stânga, după poziția corpului, toate acestea sunt suficiente pentru a indica instalarea hemoragiei. Ocazional, simptomele hemoragiei se pot remite pentru una sau două zile ca, apoi, să revină alarmant, devenind evidente în urma unui efort minim. Această modalitate evolutivă apare, mai probabil, după lezarea splinei. Frecvența pulsului, în prima fază, este bună, dar în nici un caz nu reprezintă un ghid infailibil pentru aprecierea hemoragiei abdominale. Pulsul poate să rămână acceptabil, ușor crescut, nedepășind 100 bătăi/min, dar numai până când abdomenul se umple de sânge, moment în care, subit, scade tensiunea arterială iar pulsul crește concomitent la valori ridicate (probabil ca urmare a depășirii mijloacelor de compensare cardiovasculară). În orice caz, dacă se suspectează hemoragia, bolnavul trebuie urmărit la fiecare jumătate de oră, inclusiv pulsul, iar dacă se suspectează o ruptură de splină, trebuie urmărită periodic și sensibilitatea dureroasă locală prin palpare. Radiogra-

Scanned with OKEN Scanner

fia regiunii splenice ar putea evidenţia posibile fracturi costale sau anumite aspecte anormale exact deasupra sau dedesubtul diafragmului.

Semnificaţia durerii care apare în vârful umărului datorită iritaţiei diafragmului a fost descrisă într-un capitol anterior. Este bine cunoscut faptul că ruptura splinei poate fi indicată printr-o durere la vârful umărului stâng. În mod similar, o durere în umăr poate fi un indiciu de lezare hepatică. John Hunter, în darea sa de seamă asupra traumatismelor prin armă de foc, notează: „o rănire a ficatului va induce o durere slabă, apăsătoare, în funcţie de partea afectată: dacă plaga este localizată în lobul drept al ficatului o durere înşelătoare va fi resimţită în umărul drept, iar dacă plaga este în lobul stâng durerea va fi în umărul stâng".

Contuzia sau ruptura rinichiului este în mod frecvent acompaniată de un şoc foarte sever şi alarmant, după un interval de una sau două ore de la traumatism (de exemplu: *„pumnul la rinichi"*, în box). Simptomele ulterioare depind de extensia leziunii şi de starea capsulei renale. În cazurile uşoare, când capsula renală a rămas intactă, vor apărea: hematurie, sensibilitate locală şi, uneori, colică renală secundară, datorată trecerii unor cheaguri prin uretere. Sfâşierea capsulei renale prin traumatism va duce la formarea unui hematom retroperitoneal şi, uneori, urina va fi extravazată în ţesuturile dinapoia şi dimprejurul rinichiului; s-ar putea astfel produce celulita lombară, însoţită de: stare generală alterată, febră neregulată, tumefacţie locală, sensibilitate dureroasă şi rezistenţă musculară. Foarte frecvent se întâlneşte şi un ileus adinamic asociat. Poate să rezulte şi un abces. Dacă urina este infectată, simptomele sunt şi mai acute. Dacă învelişul peritoneal al rinichiului a fost sfâşiat, vor apărea simptome de hemoragie intraperitoneală. Hematuria ce rezultă din contuzia renală de obicei se opreşte spontan, dar o creştere a frecvenţei pulsului însoţită de o hematurie permanentă sau de o accentuare a tumefacţiei perirenale şi retroperitoneale sunt elemente care impun, de cele mai multe ori, o intervenţie chirurgicală urgentă. Vasta majoritate a plăgilor nepenetrante la nivelul rinichiului pot fi tratate fără operaţie; numai acelea în care hemoragia este continuă şi persistentă necesită operaţia.

PERITONITA

Peritonita este, de obicei, rezultatul unei rupturi a unui viscer cavitar, intestinul şi vezica urinară fiind cel mai des implicate, iar stomacul, colecistul şi ureterele, mai rar. Uneori, agentul traumatic loveşte numai superficial viscerul, afectând doar pereţii acestuia. Dacă o astfel de contuzie minoră afectează numai stomacul, ea se poate manifesta prin vărsături şi hematemeză, iar dacă afectează numai colonul, consecinţa este o colită posttraumatică, manifestată prin diaree şi rectoragie.

În cazul în care contuzia afectează vezica urinară, se provoacă o hematurie uşoară, iar dacă este mai severă, vor apărea vărsături şi rigiditate musculară locală, deşi nu s-a produs nici o ruptură.

Scanned with OKEN Scanner

RUPTURA DE INTESTIN

Ruptura de intestin este cauza cea mai frecventă de apariţie a peritonitei în cadrul traumatismelor abdominale; ea reprezintă o stare clinică cu potenţial mare de a provoca decesul apropiat, dacă nu este diagnosticată foarte precoce, ceea ce nu este întotdeauna uşor, deoarece semnele şi simptomele sunt adesea echivoce în primele ore. În general, plaga prin ruptură implică numai o porţiune din circumferinţa intestinului. Ocazional, se produce o rupere completă a zonei, rămânând o gaură între cele două capete ale intestinului, care ar putea fi temporar închisă prin contracţia muşchilor intestinali involuntari. Când este lezat intestinul, mişcările sale peristaltice se opresc print-un mecanism reflex sau prin pareză directă a pereţilor săi. Dacă ruptura este mică, marginile membranei mucoase se umflă, umplând mica gaură; totuşi, o cantitate redusă de conţinut intestinal scapă între timp şi determină iniţierea unui proces de peritonită plastică locală, care tinde să lipească ansele intestinale afectate şi să creeze o stare de relativă acalmie. Pacientul nu trebuie să ia absolut nimic pe gură, ca intestinul să rămână în repaus complet. Starea de acalmie, deşi tranzitorie, oferă totuşi un fals sentiment de securitate. După câteva ore, medicul observator, neavizat, considerând că nu ar mai fi nici o leziune serioasă intraabdominală, decide să fie reluată alimentaţia pe gură, intestinele excitate se vor contracta peristaltic, rana intestinală se va deschide, urmând, apoi, mai mult sau mai puţin rapid, instalarea şi evoluţia unei peritonite, a cărei gravitate va depinde de mărimea deschizăturii şi de numărul aderenţelor existente.

Semnele precoce şi importante ale peritonitei sunt:

1. Durerea.
2. Sensibilitatea locală.
3. Rigiditatea musculară locală.
4. Vărsăturile.
5. Respiraţia superficială de tip abdominal.

Semnele tardive de evidenţă a infecţiei peritoneale includ:

1. Creşterea frecvenţei pulsului şi a temperaturii.
2. Distensia progresivă.
3. Sensibilitatea la palpare a peritoneului pelvin.
4. Matitatea deplasabilă pe flancuri.
5. Dispariţia sau diminuarea matităţii hepatice (cauzată de aerul acumulat în faţa ficatului).

Pacientul prezintă adesea o expresie facială anxioasă şi poate arăta o neobişnuită stare de agitaţie. În traumatismele abdomenului superior, trebuie acordată o atenţie deosebită momentului de trecere a durerii la nivelul hipogastrului, datorită inflamaţiei provocate de conţinutul intestinal extravazat şi de căderea acestuia, prin gravitaţie, până jos, în pel-

Scanned with OKEN Scanner

vis. *Prezența unor zgomote intestinale normale nu exclude posibilitatea unor leziuni serioase intraabdominale.*

Radiografia simplă a abdomenului poate fi folositoare prin evidențierea aerului liber.

Prognosticul în cazurile de ruptură intestinală este foarte rezervat, exceptând doar cazurile în care diagnosticul a fost făcut precoce, iar operația a fost efectuată curând după injurie. De aici rezultă necesitatea unui diagnostic precoce.

Cu condiția să nu existe leziuni toracice și renale, se poate vorbi de ruptură intestinală în următoarele situații:

1. Când persistă durerea abdominală severă mai mult decât 6 ore după traumatism și aceasta este însoțită de oricare din următoarele stări clinice:

   (i) vărsături, în special vărsături bilioase;
   (ii) puls și temperatură ce cresc progresiv peste normal;
   (iii) rigiditate locală persistentă, care tinde să se extindă;
   (iv) sensibilitate dureroasă locală profundă, cu respirație superficială.

2. Când durerea abdominală este absentă sau foarte ușoară, anemia nu se accentuează, dar pulsul crește neîntrerupt, din oră în oră, iar pacientul este foarte agitat sau apatic.

Când matitatea hepatică diminuează, în condițiile existenței concomitente a unuia sau a altora din simptomele descrise mai sus, dacă se constată semne de lichid liber în abdomen sau dacă, la o examinare rectală, se simte peritoneul pelvin foarte sensibil, atunci indicația operatorie devine imperativă.

Dacă simptomele de peritonită sunt tipice, se presupune că deschiderea abdomenului trebuie recomandată fără nici o întârziere.

RUPTURA RETROPERITONEALĂ A DUODENULUI

Ruptura duodenului, precum și a unor părți din colon, poate apărea înapoia peritoneului. Simptomele sunt acelea ale unei celulite retroperitoneale, însoțite de o oarecare inflamație a peritoneului învecinat, și anume: durere localizată și rigiditate musculară, respirație rapidă și superficială, vărsături, creșterea pulsului și a temperaturii. Personal, am avut în îngrijire un pacient cu injurie retroperitoneală a duodenului, la care durerea era la început foarte ușoară, dar care, apoi, din oră în oră devenea tot mai intensă, determinându-mă să deschid abdomenul, deși nu erau decât puține semne locale care să mă ghideze. Aceasta este, de fapt, secvența obișnuită a evenimentelor. Durerea, sensibilitatea la palpare și febra pot fi la început atât de reduse, încât stabilirea unui dia-

Scanned with OKEN Scanner

gnostic întârzie uneori câteva zile. Prezența pe radiografia abdominală simplă a aerului retroperitoneal, element important pentru diagnostic, nu se întâlnește întotdeauna. Dacă starea generală a bolnavului o permite, administrarea orală a unei substanțe de contrast solubile ar putea face ca radiografia să evidențieze ruptura. De regulă, ori de câte ori se explorează o plagă nepenetrantă a abdomenului, zona retroperitoneală a duodenului trebuie examinată în mod obligatoriu. Cea mai ușoară decolorare sau echimoză semnifică, de fapt, ruptură.

RUPTURA DE VEZICĂ URINARĂ

Această eventualitate apare de obicei în legătură cu o fractură a pelvisului, dar poate rezulta și după o lovitură puternică în hipogastru, când vezica este plină. La copii, unde poziția vezicii urinare în abdomen este mai înaltă, pericolul lezării este mai mare. Simptomele variază după cum ruptura vezicii este intra- sau extraperitoneală. Dacă ruptura este intraperitoneală și vor apărea simptomele de peritonită, trebuie avut în vedere că urina fiind *sterilă* nu va cauza de la debut o reacție inflamatorie foarte acută. Se poate nota hematurie.

Dacă ruptura este extraperitoneală, va avea loc extravazarea urinei și, în consecință, va apărea celulita în regiunile suprapubiană și perineală.

În cazurile suspecte de ruptură a vezicii urinare, pentru confirmarea acestui diagnostic mai pot fi la îndemână și două metode adiționale, și anume:

1. Vezica urinară este golită prin cateter și se introduce o cantitate precisă, măsurată, de ser fiziologic, care va fi apoi aspirată în totalitate. Orice discrepanță serioasă constatată între cele două cantități, cea introdusă și cea extrasă, sugerează o ruptură a vezicii.
2. O evidență mai sigură a unei rupturi de vezică poate fi obținută prin introducerea unei cantități potrivite (200 sau 300 mL) dintr-o soluție radioopacă care apoi este urmărită roentgenografic. Soluția opacă va putea fi ușor vizualizată în afara vezicii urinare, dacă filmele au fost luate corect, atât în poziție antero-posterioară, cât și în poziție oblică, bilateral.

La un pacient cu fractură de bazin, uretra membranoasă poate fi complet ruptă sau secționată de-a curmezișul, iar capătul superior al uretrei secționate, rămas atașat de gâtul vezicii, se va retracta împreună cu acesta din urmă și vor ieși din ligamentul triunghiular. În astfel de cazuri, sfincterul vezical poate să rămână contractat, iar viscerul va deveni supradilatat. Palparea hipogastrului va detecta cu ușurință această tumefacție în tensiune și sensibilă la presiunea abdomenului inferior. Uneori, în mod eronat, se pune diagnosticul de peritonită. În aceste circumstanțe, mai ales dacă există și o uretroragie, sugerată de o mică picătură de sânge în vârful penisului, *nu trebuie încercat un cateterism ure-*

Scanned with OKEN Scanner

tral, deoarece o eventuală ruptură parțială a uretrei se poate complica printr-o ruptură gravă, totală de uretră, cauzată de o cateterizare forțată. Mai curând, ar putea fi efectuată o uretrografie. Tușeul rectal evidențiază o dislocare superioară a prostatei și o sensibilitate dureroasă foarte accentuată la palparea prostatei.

RUPTURA DE STOMAC ȘI DE PANCREAS

Lezarea traumatică a acestor organe duce rapid la simptome generale de peritonită, aceasta fiind de regulă asociată și cu alte leziuni în ficat și splină. Cea mai expusă porțiune din stomac la ruptură traumatică este marea curbură, adică exact porțiunea cea mai puțin expusă la ulcer și la perforația acestuia. Conținutul gazos care scapă din stomac în peritoneu poate să rămână pentru un timp localizat, formând o zonă de rezonanță timpanică superficială, decelabilă ușor prin percuția peretelui abdominal în dreptul stomacului.

Simptomele leziunilor pancreatice posttraumatice nu sunt deloc caracteristice. În realitate, cele mai severe traumatisme asupra pancreasului se manifestă cu surprinzător de puține simptome și semne abdominale. Se notează o durere în epigastru, care crește progresiv în intensitate și are tendință de difuziune în jos, spre abdomen. Durerea și sensibilitatea dureroasă la palpare sunt, inițial, surprinzător de moderate. Există, de obicei, și unele semne ce sugerează hemoragia, dar acestea nu sunt pronunțate. Amilaza serică este de obicei crescută, dar nu întotdeauna. În ciuda paucității datelor clinice, la deschiderea abdomenului se constată, de obicei, ruperea pancreasului de-a curmezișul corpului sau gâtului pancreatic, în regiunea irigată de vasele mezenterice superioare. De asemenea, există, de regulă, și un mare hematom la baza mezocolonului transvers. Prezența acestuia trebuie întotdeauna explorată, el fiind adesea mărturia transsecționării pancreasului. Explorarea trebuie făcută cât mai complet, deoarece, deseori, există și alte posibile leziuni asociate.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

Trebuie considerată întotdeauna ca foarte importantă *examinarea atentă a toracelui,* pentru a evidentia un posibil pneumotorax sau hemopneumotorax. Simptomele acestor două complicații pot sugera o serioasă leziune abdominală. Un set de simptome, ca: durere abdominală, rigiditate, semne generale de șoc și de hemoragie internă, mai poate proveni și din fracturarea unei coaste cu ruptură de plămân, semnalată si de prezența consecutivă de aer și de sânge în cavitatea pleurală. Iată de ce am insistat asupra necesității examinării cu grijă a toracelui. În cazurile dubioase, o radiografie toracică, efectuată cu un aparat Roentgen portabil, poate fi de mare ajutor, demonstrând clar existența unui pneumotorax.

Scanned with OKEN Scanner

PLĂGI PENETRANTE ALE ABDOMENULUI

Dacă acum 20 de ani orice rană prin înjunghiere era privită ca o indicaţie clară pentru intervenţie chirurgicală, studii recente au arătat că o abordare mai selectivă a deciziei terapeutice ar da rezultate cel puţin la fel de bune, dacă nu mai bune.

În anumite centre medicale, astfel de cazuri sunt des întâlnite, dar, de obicei, nu se pot face nici laparotomii şi nici examinări clinice repetate, ci numai o simplă explorare a plăgii sub anestezie locală. Se lărgeşte rana pentru a permite o inspecţie adecvată a peritoneului, rana este lăsată deschisă şi pacientul este externat. Dacă însă se pune în evidenţă prezenţa unei penetraţii peritoneale, atunci, imediat, pacientul se transferă la un serviciu chirurgical pentru laparotomie de urgenţă.

In cazul în care anumite dubii impun adoptarea metodei de examinare clinică repetată, pacientul trebuie urmărit la intervale mici, din oră în oră chiar, pentru a decela la timp apariţia semnelor de şoc sau de peritonită. Când una sau ambele din aceste ultime stări clinice au ajuns să fie diagnosticate, va fi indicată imediat laparotomia. Dacă s-a adoptat această linie de conduită, trebuie subliniată încă o dată necesitatea de a asigura condiţii ca bolnavul să poată fi operat de urgenţă, în caz de şoc sau peritonită acută. Din experienţa spitalului Charity din New Orleans, unde se aplică această metodă, reiese faptul că este cel puţin la fel de sigură ca şi operaţia invariabilă în toate cazurile.

Scanned with OKEN Scanner

22. Abdomenul postoperator

Puține situații clinice sunt atât de pretențioase și de necesar a fi urmărite pentru diagnosticarea la timp a unor eventuale complicații nedorite, ce ar putea surveni în perioada postoperatorie, așa cum este cazul celor operați pentru abdomen acut. Suprapunerea durerilor cauzate de incizia abdominală și de plaga operatorie, precum și modificarea reactivității generale prin medicația administrată preoperator, în timpul anesteziei și postoperator ridică uneori probleme în diagnosticarea, și așa dificilă, a durerii abdominale acute. Chirurgul trebuie să interogheze și să examineze bolnavul cel puțin de două ori pe zi postoperator, deoarece este necesar să surprindă la timp unele *modificări* de simptomatologie, care, uneori, ar putea avea o importanță crucială.

Evoluția stării postoperatorii necomplicate

Întrucât urmează să discutăm unele complicații posibile în evoluția unui abdomen acut postoperator, este bine să reamintim evoluția obișnuită, necomplicată, în chirurgia abdominală.

Durerea. În perioada imediat postoperatorie, durerea se menține, de obicei, constantă, la fel de intensă sau ceva mai moderată, dar cu exacerbări produse prin mișcare, prin respirații profunde sau prin tuse, ceea ce îl determină pe pacient să stea liniștit în pat. Durerea este mai pronunțată în primele 12-24 de ore după operație, pentru ca, apoi, în următoarele câteva zile, să diminueze treptat. Pe măsură ce durerea scade în intensitate, caracterul ei de continuitate este primul care dispare, astfel încât pacientul, atât timp cât stă liniștit, se simte foarte bine. Persistența durerii la mișcare, chiar dacă uneori continuă timp de 2 sau 3 săptămâni, se va reduce treptat, după care va dispărea, lăsând bolnavului doar o stare de disconfort moderat. Pacientul vârstnic are o percepție mai redusă la durere, o suportă mai ușor, comparativ cu cel tânăr, mai ales dacă acesta din urmă este și foarte musculos. Personal, nu am constatat nici o diferență în ceea ce privește senzația de disconfort care ar rezulta din modul în care s-a efectuat incizia — vertical sau orizontal, deși am observat că inciziile făcute la nivelul ab-

Scanned with OKEN Scanner

domenului inferior par să fie mai puțin dureroase, în comparație cu cele de la nivelul abdomenului superior.

„Spasmele". Ocazional, în primele 36-48 de ore, ar putea să apară, în mod surprinzător, unele dureri intense, cu caracter spastic, localizate fie în dreptul inciziei, fie, mai generale, la nivelul întregului abdomen. Chirurgul, care nu cunoaște existența posibilă a acestui sindrom dureros, ar putea trage o concluzie eronată, diagnosticând o complicație postoperatorie severă, chiar catastrofală. Totuși, acest sindrom spastic dureros este atât de clasic, încât ar putea fi foarte ușor de recunoscut. Aceste „spasme" sunt declanșate printr-o mișcare, uneori minoră, a pacientului, a patului, după tuse sau fără nici o cauză aparentă. „Spasmele" durează circa 30 de secunde și sunt doar parțial calmate prin doze mari de analgezice și/sau de relaxante musculare. În timpul „spasmului", întregul abdomen este în tensiune și rigid. În perioadele de acalmie, între spasme, pacientul este liniștit, ca orice persoană cu o evoluție postoperatorie obișnuită. „Spasmele" cele mai intense apar precoce după intervenția chirurgicală, în primele ore, dar diminuează treptat și dispar după 36-48 de ore. Sindromul este mai des întâlnit la bărbați, cu musculatură dezvoltată, după incizii efectuate la nivelul abdomenului superior și după suturi făcute „în masă", deși nu se limitează numai la aceste situații. După părerea mea, aș vedea aceste acuze ca o exagerare extremă a unor simple dureri, obișnuite după operații, dar care sunt exacerbate prin mișcări bruște sau prin tuse.

Durerile de „tranzit gazos". Acestea apar frecvent, dar nu invariabil, în perioada postoperatorie. Ele sunt, în mod evident, de natură *colicativă* și, de regulă, precedă cu 12-24 de ore trecerea flatusului. Eliminarea gazelor duce, de obicei, la ameliorarea durerilor. Durerile pot fi foarte severe, și am văzut chiar chirurgi, colegi, în postură de pacienți, convinși că au o ocluzie intestinală. În momentul apariției lor, abdomenul devine adesea ceva mai destins, dând oarecare greutate supoziției de ocluzie. Atunci când apar, aceste dureri sunt mai frecvente după circa 2 zile de la efectuarea unor operații, cum ar fi: colecistectomia sau vagotomia cu drenaj, și după circa 4 zile de la rezecțiile de colon sau după operații pe aortă. Persistența lor sau a unor distensii abdominale moderate sugerează puternic prezența unor ocluzii intestinale parțiale. Personal, sunt convins că, de multe ori, așa-numitul ileus tardiv, sau ileusul persistent, reprezintă, de fapt, episoade de ocluzie intestinală parțială.

De reținut că *în orice moment al evoluției postoperatorii apariția unui tip nou de durere, diferită de cele obișnuite, oricât de neînsemnată ar părea, nu trebuie să fie ignorată, ci trebuie să i se acorde o urgentă și meticuloasă atenție.*

Greața și vărsăturile. Sunt foarte frecvente, în primele 12-18 ore de la operație, probabil ca un rezultat al anestezicelor administrate. De multe ori, vărsăturile consistă din mici eliminări de material clar sau bilios. Ele trebuie diferențiate de vărsăturile care apar în *dilatația gas-*

Scanned with OKEN Scanner

trică acută, unde se prezintă cu un debit mare (având un caracter de revărsat de tip „prea plin"), conținând și mici cantități de material adesea mai închis la culoare, chiar negricios, care pur și simplu țâșnește în gura bolnavului, acesta fiind, concomitent, asaltat și de sughițuri. Important de reținut este că *vărsăturile, la un pacient fără complicații, nu apar după 24 de ore; dacă totuși sunt prezente, ele ar sugera debutul unor complicații.*

Tulburările de tranzit intestinal. Constipația și incapacitatea de a elimina gazele sunt aproape constant prezente postoperator. Ele se remit spontan, de obicei în 2 sau 3 zile după operații intraabdominale minore sau mijlocii și după 4 sau 5 zile după intervenții chirurgicale extinse. Trecerea unei cantități mari de flatus sau a unui scaun abundent reprezintă cele mai bune indicii asupra ileusului adinamic postoperator. Scaunele apoase, relativ frecvente, de 4 sau de 5 ori în 24 de ore, sunt destul de frecvente după remiterea ileusului de tip prelungit. Dacă acestea apar însă precoce, în prima sau a doua zi după operație, ele pot semnifica fie o compromitere a circulației intestinale, cum ar fi cea care apare în ischemia colonică — după intervențiile mari pe colon —, sau în ocluzia intestinală. Constipația persistentă, după 5 sau 6 zile, de multe ori indică fie prezența unei ocluzii intestinale complete, fie apariția unui alt eveniment intraabdominal, posibil catastrofal, în timp ce instalarea tardivă, la o săptămână după operație, a unei diarei ar putea sugera o ocluzie intestinală parțială, în special dacă se notează și o distensie abdominală. În orice caz, *pasajul unui scaun sau al unui flatus nu este o garanție că totul este în ordine în cavitatea peritoneală!*

Inspecția și palparea. Aceste manevre au cea mai mare valoare pentru pacient în perioada imediat postoperatorie. Inspecția și palparea trebuie efectuate conștiincios, de două ori pe zi, cu bolnavul la pat, în aceeași poziție orizontală. A nu proceda în acest fel înseamnă a risca nedescoperirea la timp a unor modificări intraabdominale precoce, uneori în aparență minore, dar cu posibile consecințe severe.

Inspecția pacienților imediat după operație denotă o vigilență deosebită a medicului de a pune în evidență, în primele 24 de ore de la operație, eventuala inhibare a participării abdomenului la mișcările respiratorii, proces care apoi, treptat, se normalizează. În adevăr, după 48 de ore, această limitare a mișcărilor dispare în mare parte, iar abdomenul își poate mări volumul față de situația sa anterioară, după care, destul de repede, distensia abdominală cedează complet.

Sensibilitatea dureroasă spontană și la palpare, precum și rigiditatea adevărată sunt elemente prezente precoce (imediat după operație), cel mai evident în zona inciziei, și care, în mod treptat, diminuează ca intensitate, spre periferia inciziei. Mai ales în timpul examinării postoperatorii, cu multă blândețe, a pacientului, chirurgul poate fi, și trebuie să fie, apreciat de acesta. Procedeul clasic de a estima sensibilitatea dureroasă prin decompresiune (de tip *rebound*) nu trebuie să fie niciodată aplicat postoperator. Sensibilitatea dureroasă la palpare și rigiditatea

Scanned with OKEN Scanner

musculară, pe măsura trecerii timpului, au tendința de a da înapoi, scăderea intensității lor producându-se treptat, pornind de la periferie spre zona inciziei. Punerea în evidență a acestei remisiuni progresive nu se poate face decât dacă bolnavul va fi examinat de același medic, de două ori pe zi și cu aceeași maximă blândețe. În felul acesta se creează o bază de apreciere, la care se poate raporta orice modificare ulterioară. Acest lucru ar reprezenta un avantaj și pentru examinator, care astfel s-ar familiariza cu multe subtilități clinice.

Auscultația. Contrar credinței majoritare, auscultația zgomotelor peristaltice abdominale are o valoare redusă și adesea înșelătoare în privința controlului imediat postoperator al evoluției unui pacient operat de abdomen acut. În primele 24 de ore se aud câteva zgomote peristaltice după care, în zilele următoare, se detectează o constelație întreagă de date auscultatorii, variate și fără semnificație precisă. Din cauza notării acestora, de regulă, ca „zgomote abdominale normale la auscultație", se poate întâmpla ca unele din cele mai grave evenimente intraabdominale posibile să apară postoperator, să fie trecute cu vederea sau neglijate. Atunci când, după un timp, zgomotele peristaltice inițiale revin, sunt mulți cei care interpretează faptul ca pe un semn clinic ce ar permite reluarea alimentației *per* oral, dar și această indicație s-ar putea dovedi imprudentă din partea unui medic prea optimist.

Auscultația este într-adevăr de mare valoare în detectarea unei pneumonii, a unui infarct pulmonar sau atelectazii pulmonare. Perceperea la auscultație a unor frecături deasupra locului unde s-a făcut o biopsie hepatică, deasupra unei eventuale metastaze sau chiar, ocazional, deasupra unei zone de peritonită este foarte prețioasă pentru diagnostic în condițiile unei dureri abdominale atipice sau de orice fel.

Febra. Febra este prezentă aproape întotdeauna în perioada postoperatorie, dar considerații largi asupra multiplelor posibilități de apariție a acestei stări nu intră în scopul și cadrul acestei cărți. Este suficient să spunem că după orice intervenție pe abdomen apare, invariabil, febră. Această noțiune trebuie definită cantitativ, ca fiind o temperatură orală mai mare de 99,6° F (37,5° C). În cursul unei evoluții absolut necomplicate după operații pe abdomen, temperatura nu depășește decât rareori 100°F (37,8°C) sau 100,2°F (37,9°C) în prima noapte după intervenție, pentru ca, ulterior, să scadă treptat. Dacă în timpul unor intervenții chirurgicale extinse, cu procedee ce implică retroperitoneul sau aorta, pacienții devin hipotermici, după operație, temperatura orală poate să crească în primele 24 de ore până la 102°F (38,9°C). Este foarte importantă observația privind necesitatea de a urmări *tendința* de creștere zilnică a temperaturii orale, luată corect și întotdeauna în aceleași momente, timp de mai multe zile. Astfel, o creștere a temperaturii orale, oricât de mică, spre exemplu de numai 0,5°F (0,27°C), care se adaugă în mod constant, în fiecare zi, timp de 3 sau 4 zile postoperator, prevestește deseori existența unui abces care se dezvoltă fie în plagă sau, mai grav, în peritoneu.

Scanned with OKEN Scanner

Evoluția stării postoperatorii complicate

Nu știu cum s-ar putea sublinia mai mult importanța notării apariției unor *modificări nefavorabile* — oricât de subtile sau minore ar fi — ale simptomelor obișnuite în perioada postoperatorie, întrucât ele ar putea constitui indicii prevestitoare ale unor serioase complicații. Se aude deseori despre o ruptură a unei anastomoze, însoțită de peritonită, complicație postoperatorie care determină o stare de șoc și o deteriorare generală gravă a stării pacientului, dar o citire atentă a istoricului și a evoluției notate corect în foaia de observație arată că ceva era totuși în neregulă, cu câteva zile înainte.

PERITONITA

Peritonita apare *precoce* în perioada postoperatorie la pacienții care au fost operați pentru acest diagnostic și, de asemenea, la cei care preoperator nu aveau peritonită, dar la care cavitatea abdominală a fost contaminată în timpul operației. A doua eventualitate este în general posibilă dacă intestinul obstruat a fost pătruns sau în cazul în care contaminarea fecală a fost mare în timpul anastomozei intestinale deschise. De reținut că *peritonita care apare între zilele a patra și a opta sau a noua postoperator este aproape întotdeauna cauzată de o ruptură a anastomozei.*

Peritonita precoce. Durerea produsă de peritonita *precoce* în perioada postoperatorie este foarte greu de diferențiat de durerea incizională obișnuită. Ea este adesea ameliorată sau anihilată de narcotice și antibiotice. Aspirația intraoperatorie și diluția materialului purulent poate, în mod temporar, să mascheze durerea din peritonită. În mod surprinzător, deci, lipsa durerii nu ar trebui să fie interpretată ca indicând absența peritonitei. Greața și vărsăturile pot continua și după primele 12—24 de ore, exceptând bolnavii cărora li s-a introdus un tub de aspirat conținutul gastric. În ciuda aspirației gastrice, elementul esențial pentru diagnosticul de peritonită precoce îl reprezintă *distensia abdominală persistentă.* Întrucât febra este frecvent mascată de antibiotice, distensia abdominală și nerezolvarea ileusului sunt uneori greșit interpretate ca semne de ocluzie mecanică. În această conjunctură, intervenția chirurgicală indicată este nu numai dificil de efectuat, dar și, uneori, vital periculoasă. În general, se ignoră faptul că pirozisul este frecvent asociat cu distensia abdominală. Presiunea intraabdominală crescută poate depăși rezistența sfincterului inferior al esofagului, de altfel normal, provocând pirozis. Acest simptom indică, de obicei, nevoia de a se încerca o decompresiune gastrică și intestinală, mai curând decât de a administra antiacide, care se prescriu adesea în mod reflex, de rutină. Distensia și sughițurile pot persista 7 sau 10 zile și, uneori, chiar 2 săptămâni, dacă peritonita a fost severă și generalizată. Lipsa remiterii distensiei după 2 săptămâni implică de obicei fie apariția unei

Scanned with OKEN Scanner

ocluzii mecanice sau/și a unui abces abdominal. Persistența febrei și a distensiei indică mai curând un abces.

Pe toată perioada de evoluție a peritonitei precoce postoperatorii, sunt necesare *volume mari de lichid extracelular*, pentru a se evita tahicardia, hipotensiunea și oliguria, fenomene ce ar apărea în cazul în care nu se va asigura această cerință.

Peritonita tardivă postoperatorie. Apariția acestei complicații, *la un pacient care nu avea înainte de operație nici un semn de peritonită*, este aproape întotdeauna rezultatul unei dehiscențe postoperatorii a anastomozei.

Durerea este de obicei prezentă, modificând starea postoperatorie obișnuită, de disconfort. *Orice durere nou-apărută* sau orice durere pornită de la nivelul inciziei trebuie privită cu suspiciune. Durerea secundară unei complicații serioase, cum ar fi ruperea anastomozei, este alteori interpretată eronat ca fiind cauzată de tranzitul gazelor. Pacientul devine de obicei anorexic, acuză arsuri epigastrice, greață și vărsături. Abdomenul devine destins, deși nu atât de mult ca în fazele de peritonită precoce. Sensibilitatea dureroasă la palpare și rigiditatea sunt, de asemenea, prezente, dar sunt atât de moderate, încât pot preta la confuzii. Încă mai înșelător poate fi faptul că, deseori, pasajul flatusului și al materiilor fecale continuă. *Febra* este unul din simptomele cele mai folositoare pentru diagnostic. Apariția ei poate fi anunțată printr-un frison pentru ca, ulterior, să ajungă rapid la valori mari în cazul unor rupturi bruște, masive, sau să crească în mod treptat în fiecare seară, până când atinge valori maxime. În momentul în care se va face simțită necesitatea unor mari cantități de lichid extracelular sau când vor apărea tahicardia și hipotensiunea, acestea vor fi deja evenimente tardive, indicând o întârziere a diagnosticului. Un diagnostic pozitiv se poate obține în deplină siguranță prin utilizarea unor substanțe de contrast radioopace, hidrosolubile, în cazul în care anastomozele superioare gastrointestinale sau cele colonice ridică probleme de nefuncționalitate. În cazul unor anastomoze inaccesibile unui examen radiologic, cum ar fi cele ale tractului biliar cu un intestin nefuncțional, rămâne ca diagnosticul să fie pus numai pe baze clinice.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

1. *Durerile de „tranzit gazos"*. Acestea sunt cele mai frecvente dureri „de tip nou" care apar postoperator, la pacienți care, înainte de intervenție, nu acuzau nici un simptom de acest fel. Cel mai adesea, ele trebuie să fie diferențiate de cele secundare unei rupturi anastomotice realizate în urma actului operator, prin caracterul lor intermitent și colicativ, precum și prin lipsa febrei.
2. *Ocluzia intestinală*. Diagnosticul diferențial între ocluzia postoperatorie precoce și ruptura anastomotică se face în același mod ca mai sus.

Scanned with OKEN Scanner

3. *Infecția plăgii.* Atunci când rana se infectează, se pot nota febră, durere și sensibilitate abdominală. Ultimele două sunt localizate la nivelul inciziei care, deși timp de câteva zile poate avea un aspect normal, neinflamat, se va modifica, devenind de culoare roșu-deschis.
4. *Alte afecțiuni abdominale.* Se pare că în perioada postoperatorie pacientul este predispus în mod special să dezvolte o *colecistită acută*, chiar și în absența unor calculi biliari. Mai trebuie avută în vedere și posibilitatea apariției unui *ulcer perforat* sau a unei *apendicite acute.*

ABCESELE

Abcesele intraabdominale se dezvoltă după o criză de peritonită generalizată sau când, în timpul operației, apare o contaminare extensivă a unei cavități peritoneale virgine, în special dacă hemostaza a fost mai puțin corect făcută decât ar fi *trebuit.* Abcesele nu apar aproape niciodată atunci când operația intraperitoneală a fost *curată*, sterilă, afară de cazurile în care s-a utilizat un drenaj prelungit sau în care s-ar fi uitat înăuntru un corp străin, cum ar fi un tampon de vată. Prezența unui abces devine de obicei evidentă după 7 sau 10 zile de la operație, dar, câteodată, întârzie să apară mai multe săptămâni sau chiar luni, atunci când s-au administrat în mod necorespunzător și prelungit antibiotice sau corticosteroizi.

SEMNE ȘI SIMPTOME

1. *Febra.* În cazul unui abces, febra poate fi singura manifestare. Evoluția naturală a febrei nu trebuie să fie influențată sau mascată prin administrarea prea grăbită de antipiretice sau antibiotice, în afară de cazul în care s-a stabilit deja un diagnostic specific. Altfel, utilizarea acestor agenți ar putea să întârzie diagnosticul timp de câteva luni sau chiar ani. Importanța necesității unor *examinări repetate* nu poate fi îndeajuns subliniată. Febra poate să continue zile sau săptămâni, până când un abces postoperator să poată fi detectat prin examinări fizice sau prin alte mijloace.
2. *Durerea și sensibilitatea la palpare.* De obicei acestea sunt prezente într-un oarecare grad, dar intensitatea lor poate fi remarcabil de redusă. Este surprinzător faptul că durerea și sensibilitatea la palpare sunt deseori absente la pacienți cu abcese subdiafragmatice. În prezența unei febre prelungite la un pacient suspectat de a fi purtătorul unui abces, o examinare atentă a durerii și a sensibilității la palpare ar trebui să fie făcută cel puțin de două ori pe zi.

Scanned with OKEN Scanner

3. *Formațiunea tumorală.* Dezvoltarea unei formațiuni, apărută „*de novo*", care nu fusese detectată anterior, la un pacient cu mare suspiciune de abces confirmă aproape invariabil diagnosticul. Aceasta poate fi detectată prin examinare abdominală, dar, de asemenea, nu trebuie neglijată nici examinarea pelvină atentă și/sau rectală prin tușeu.

Alte examinări. Examinarea radiologică mai poate evidenția un revărsat pleural de vecinătate, o limitare a mișcărilor diafragmului și o ascensiune a diafragmului în cazurile de abces subfrenic. Ocazional, nivelurile hidroaerice pot, de asemenea, să fie văzute pe o radiografie simplă. În ultimii ani, ultrasonografia și tomografia computerizată au ajutat mult punerea diagnosticului. Fiecare din aceste ultime două metode este grefată de rezultate fals pozitive și fals negative. Totuși, deseori, aceste teste moderne sunt de mare ajutor nu numai în confirmarea diagnosticului, dar, mai ales, în stabilirea foarte precisă a localizării leziunii.

OCLUZIA INTESTINALĂ

După părerea mea, așa-numitul ileus adinamic tardiv este, de fapt, adesea, un simplu episod de ocluzie parțială a intestinului subțire. Pacientul care prezintă un abdomen destins, inclusiv un disconfort inerent, considerat ca fiind datorat „reluării prea timpurii a alimentației *per* oral" sau „suprimării prea devreme a aspirației prin tub", nu are, de multe ori, altceva decât o minoră ocluzie intestinală a intestinului subțire, apărută postoperator.

Semne și simptome. Simptomele unei ocluzii a intestinului subțire apărute postoperator nu diferă de simptomele unui pacient cu ocluzie intestinală obișnuită, cu singura deosebire că în primul caz este vorba, cel mai adesea, de o *ocluzie incompletă.* Din această cauză, semnele și simptomele vor fi limitate la distensie abdominală și pirozis. În plus, se notează și scaune apoase și frecvente (10-12 pe zi), cu eliminări mici, sau chiar deloc, de gaze, ce pot fi înșelătoare. *În prezența febrei, ocluzia parțială sau completă, la un bolnav recent operat, sugerează existența unui abces.* Rareori *examinările radiologice* sunt capabile să diferențieze o ocluzie parțială a intestinului subțire de un ileus adinamic prelungit deoarece, în ambele situații clinice, prezența gazelor este evidentă la nivelul intestinelor gros și subțire. Totuși, ocazional, radiografia simplă verticală a abdomenului ar putea demonstra în mod clar un diagnostic de ocluzie a intestinului subțire, dacă acesta este mult dilatat și, în același timp, colonul este lipsit de gaze. În caz contrar, evidențierea gazelor numai la nivelul colonului la un pacient cu abdomen destins, având dureri „de tranzit gazos", poate servi pentru diferențierea acestor dureri de o ocluzie mecanică autentică.

Scanned with OKEN Scanner

23. Abdomenul acut în climatul tropical

Orice chirurg care intenţionează să practice medicina în climatul tropical trebuie să posede solide cunoştinţe de medicină tropicală. El trebuie să fie vigilent în special atunci când una din principalele acuze ale pacientului care-l solicită se întâmplă să fie o durere abdominală acută, deoarece formele comune ale bolilor abdomenului acut diferă de cele care se întâlnesc într-un climat temperat. În general, tabloul clinic al unei boli abdominale acute variază în funcţie de climat, de condiţiile sanitare, de regimul alimentar şi de obiceiurile locuitorilor. Anumite afecţiuni inflamatorii acute, cum ar fi apendicita acută şi colecistita acută, sunt mai puţin frecvente la tropice, în mod particular, în regiunile mai izolate şi la locuitorii băştinaşi. Pe de altă parte, există un număr de afecţiuni abdominale acute specifice zonelor tropicale şi care se întâlnesc rareori în zonele temperate. Trebuie făcută o menţiune specială în cadrul acestor afecţiuni privind: *malaria, anemia hemolitică drepanocitară, amebiaza, infestarea cu viermi intestinali şi diferite tulburări cauzate de căldura excesivă a tropicelor.*

MALARIA

Malaria este atât de frecventă, iar simptomele sale atât de multiforme încât, în orice caz dubios în care durerea abdominală acută este unul din simptome, ea trebuie considerată o posibilă cauză. Simptomele malariei au fost uneori greşit diagnosticate ca fiind cauzate de una din următoarele afecţiuni: *dizenteria amebiană,* sau *bacilară, holera, ocluzia intestinală, apendicita, colecistita, pancreatita hemoragică* şi *abcesul hepatic.* Deci, regula de aur este ca în toate cazurile dubioase în care o durere abdominală acută este prezentă, se impune în mod obligatoriu examenul microscopic al sângelui. Cu toate acestea, demonstrarea prezenţei în sânge a parazitului malariei nu exclude şi posibilitatea coexistenţei unei alte afecţiuni abdominale acute, astfel încât medicului observator îi revine obligaţia să se asigure de două ori dacă simptomele sunt decisive pentru diagnosticarea malariei. Malaria este de departe cauza cea mai frecventă de ruptură spontană a splinei şi care predispune la ruptura acestui organ.

Scanned with OKEN Scanner

ANEMIA DREPANOCITARĂ (SICKLE-CELL ANEMIA)

Anemia hemolitică de tip drepanocitar poate fi acompaniată de crize abdominale dureroase și adesea declanșate de o infecție bacteriană sau virală.

Acest tip de anemie apare aproape exclusiv la negri, fiind mai frecventă la copiii acestei rase. Durerea este simțită la nivelul regiunii superioare sau centrale a abdomenului. Debutul durerii poate fi insidios, progresiv, vag și generalizat sau poate fi acut, cu o stare de extenuare, însoțit de o sensibilitate dureroasă a abdomenului, greață sau vărsături. Uneori se notează și o rigiditate a peretelui abdominal. Majoritatea pacienților transpiră abundent și se plâng de o cefalee severă, în timp ce anamneza poate scoate în evidență faptul că aceștia au mai avut astfel de crize sau au prezentat puseuri anterioare de dureri articulare de tip reumatic. De aceea, ori de câte ori un medic va avea de-a face cu pacienți de culoare, suferind de dureri abdominale de origine dubioasă, el este obligat, de regulă, să examineze o lamă de sânge sau să efectueze teste adecvate pentru decelarea anemiei drepanocitare. Astfel de pacienți sunt adesea icterici, având o tendință crescută de a forma calculi biliari. Crizele hemolitice, cu sau fără infarcte hepatice, sunt adesea dificil de diferențiat de puseurile de colecistită acută.

AMEBIAZA

Amebiaza se întâlnește în cele mai multe țări tropicale și, în mod frecvent, trebuie să fie luată în seamă în diagnosticul stărilor de abdomen acut. Ea poate să apară sub multiple forme, astfel încât este esențial pentru clinician ca să cunoască simptomele obișnuite ale acestei boli. Câteodată, infecția amebiană a intestinului gros duce la diaree sau la dizenterie însoțită de colici, dar, adesea, diareea lipsește, iar prima înștiințare a afecțiunii ar reprezenta-o apariția hepatitei. Uneori, simptomele de hepatită pot fi ușoare, iar la nivelul ficatului se poate dezvolta, insidios, un abces, care ar determina o alterare progresivă a stării generale, dar fără să atragă atenția asupra unei suferințe hepatice; o altă eventualitate ar fi că abcesul silențios s-ar sparge în cavitatea abdominală, rezultând apariția simptomelor de abdomen acut.

Hepatita acută de origine amebiană poate să se dezvolte în cursul unei dizenterii acute amebiene sau la distanță de puseul acut dizenteric, după remiterea acestuia. Traseul de propagare a amebelor spre ficat prin ramificațiile venei porte și localizarea amebelor în capilarele portale, creează posibilitatea de apariție a unei inflamații excesive.

Simptomele hepatitei amebiene. Există cinci elemente simptomatice constante și alte câteva simptome inconstante, la care ne putem aștepta în hepatita amebiană.

Scanned with OKEN Scanner

Simptomele constante sunt:

1. Febra.
2. Hepatomegalia.
3. Durerea spontană și sensibilitatea dureroasă la palparea regiunii hepatice.
4. Leucocitoza.
5. Remiterea rapidă a simptomelor după tratamentul cu emetină sau cu alte medicamente amebicide.

Simptome frecvente, deși inconstante, sunt:

6. Puseurile de dizenterie în antecedentele personale.
7. Durerea la nivelul vârfului umărului drept sau în fosa iliacă dreaptă.
8. Icterul.
9. Frisoanele.
10. Indispoziție și stare de slăbiciune generală.

Apariția febrei la o persoană cu un ficat mărit și dureros, care a trăit un timp într-o regiune tropicală, ar terbui totdeauna să ridice suspiciunea unei hepatite amebiene, fie că există sau nu antecedente clare de dizenterie. Prezența unei leucocitoze (15 000—20 000) reprezintă un element în plus. (La persoanele anemice, chiar un număr mai redus de leucocite poate fi considerat tot leucocitoză). Diagnosticul este stabilit aproape întotdeauna printr-un tratament cu medicamente amebicide, acestea inducând rapid și dramatic scăderea în intensitate a simptomelor. Acestea încep să cedeze după două sau trei doze. Dacă simptomele nu se remit după tratament, va trebui din nou să reconsiderăm posibilitatea unui alt diagnostic, cum ar fi hepatita malarică sau chiar colecistita. O radiografie toracică simplă poate evidenția o ascensiune a hemidiafragmului drept. În prezența unui abces amebian se observă o bombare caracteristică a diafragmului în porțiunea sa anterioară.

Infecția amebiană poate da naștere unor tumefacții dureroase în regiunea cecală, simulând apendicita, sau unor formațiuni tumorale la nivelul rectului, simulând un cancer rectal. Precauțiile diagnostice similare, cât mai precise, ar putea preveni intervenții chirurgicale inutile.

INFESTAREA CU VIERMI INTESTINALI

Infestarea cu viermi intestinali este frecventă în multe zone tropicale unde precauțiile sanitare sunt deficiente sau absente, așa cum se constată în special în zona centrală a Africii, în India sau în sudul Chinei. Simptomele abdominale sunt în mod frecvent provocate de viermi rotunzi (de tip *Ascaris*), care, multiplicându-se în jejun, ajung să formeze o massă voluminoasă, ce poate determina apariția unei ocluzii in-

testinale. Mai rar, unul sau mai mulți viermi pot traversa peretele intestinal, provocând peritonită locală sau chiar un abces. Viermii rotunzi *Ascaris* pot, de asemenea, să obstrucționeze apendicele sau canalul biliar comun, provocând, secundar, apendicită, respectiv angiocolită.

Filarioza este larg răspândită în anumite zone din India. Dacă afectează limfaticele retroperitoneale din partea dreaptă, poate simula apendicita. Se manifestă prin febră între 103°F și 104°F (39,4°C și 40°C) și frisoane care, de obicei, precedă durerea ce emană din fosa iliacă dreaptă. Frecvent se mai notează: greață, vărsături, ușoară sensibilitate dureroasă la palpare, dar fără apărare musculară sau rigiditate. Uneori se pot asocia și semne de orhiepididimită acută, alteori, nu.

EFECTELE CĂLDURII EXCESIVE

În sezoanele foarte călduroase și în locurile unde un mare număr de pacienți sunt afectați de insolație, este bine de reamintit faptul că în stadiul inițial al unora din cazurile de insolație se notează simptome abdominale. Totuși, rareori ele pot fi interpretate drept urgențe abdominale, deoarece există întotdeauna și altfel de simptome, cum ar fi: tegumente uscate, hiperpirexie, confuzie mintală etc., care vor ghida diagnosticarea corectă.

SIMPTOMELE ABDOMINALE DATORATE DEFICIENȚEI DE SARE

În climatul tropical, ca o consecință a căldurii excesive și a transpirației excesive, pot apărea deficite mari de sare. Acestea pot da naștere unor crampe severe, afectând mușchii peretelui abdominal, și altor fenomene, cum ar fi: dureri accentuate, colaps, rigiditate musculară și sensibilitate la palpare, ceea ce ar putea sugera un diagnostic eronat de ulcer peptic perforat. Efectuarea rapidă a unor teste privind electroliții serici și hematocritul ar putea fi suficiente pentru precizarea diagnosticului corect, permițând astfel instituirea la timp a unui tratament cu soluții i.v. de clorură de sodiu, care ar duce prompt la amendarea simptomelor.

PERITONITA

Cauzele peritonitei în climatul tropical sunt diferite de cele din climatul temperat.

La tropice, tipurile speciale de peritonită care trebuie reținute sunt: peritonita pneumococică, peritonita provocată de ruptura unui abces amebian sau cea provocată de perforația unui ulcer tific sau dizenteric. În plus, trebuie menționată și peritonita datorată unei perforații intestinale prin viermii rotunzi din intestin. La unele femei, la care in-

Scanned with OKEN Scanner

fecţia gonococică genitală nu a fost tratată în mod adecvat, se poate întâlni şi peritonita gonococică.

Peritonita pneumococică în Africa tropicală este mai frecventă la femeile adulte, spre deosebire de zonele cu climat temperat, unde predomină la fetele tinere. În cazurile dubioase de peritonită, precizarea diagnosticului se face prin puncţia de aspirare a unei cantităţi foarte mici, chiar o picătură, de exsudat din cavitatea peritoneală, pentru examinare bacteriologică. (Se recomandă utilizarea unui ac de puncţie mic şi găurit lateral.)

Picătura de exsudat se colorează adecvat pe lamă, iar prezenţa pneumococului, vizibilă la microscop, poate face obiectul diagnosticului diferenţial între peritonita pneomococică şi cea prin perforaţie intestinală.

Ruptura unui abces amebian din ficat în marea cavitate peritoneală nu este, în general, frecventă; totuşi, în acele zone cu endemie amebiană este foarte frecventă şi această posibilitate trebuie avută în mod constant în minte.

Ruptura unui ulcer tific sau dizenteric este acum mai rară decât înainte de a se fi introdus metodele recente şi eficiente de tratament al stărilor primare; totuşi, astfel de perforaţii mai pot apărea, uneori, în cazurile netratate. Este suficient ca medicul observator să nu piardă din vedere şi această eventualitate.

Perforaţia intestinului subţire prin viermi rotunzi, de tip *Ascaris,* debutează clinic printr-o durere abdominală localizată, de obicei, în stânga ombilicului. Dacă fisura este foarte mică, ea se poate vindeca spontan sau se formează un mic abces. În condiţiile unei extinderi a leziunii, apar semnele unei peritonite generalizate.

În zonele tropicale cu oraşe populate şi cu posibilităţi normale de hrană, ne putem aştepta la cazuri mai numeroase de apendicită. Perforaţia unei ulcer gastric sau duodenal, deşi cunoscută, este mai rară, în general, la tropice.

Holera „sicca“, formă acută a holerei, debutează cu o foarte violentă şi acută durere abdominală şi colaps ce precedă diareea holerică, dar nu este însoţită de rigiditate abdominală.

PIOMIOZITA

Piomiozita, sau inflamaţia supurativă a muşchilor, poate fi localizată la nivelul muşchilor peretelui abdominal şi al celor din apropiere, simulând o criză de abdomen acut. Afectarea muşchilor parietali este însoţită de febră, sensibilitate dureroasă la palpare locală, de tumefacţia peretelui abdominal şi, posibil, de afectarea şi a altor grupuri musculare. Absenţa evidenţei unor leziuni situate în profunzime ar putea servi pentru discriminare. Implicarea în procesul piomiozitic şi a porţiunii netede a muşchiului iliac poate simula foarte uşor un abces apendicular. Stările clinice, localizate în diferite regiuni ale abdomenului, cu care pio-

Scanned with OKEN Scanner

miozita ar putea fi confundată în cadrul diagnosticului diferențial sunt prezentate sumar, după cum urmează:

Regiunea inghinală:
Limfosarcomul.
Limfogranulomatoza venerianã.
Hernia inghinală strangulată.

Regiunea abdomenului inferior:
Abcesul apendicular.
Abcesul TBC al psoasului.
Hematomul tecii mușchiului drept abdominal.
Extravazarea urinei.

Regiunea abdomenului superior:
Abcesul hepatic.
Abcesul subfrenic.
Afecțiunile splinei.
Abcesul perinefretic.

OCLUZIA INTESTINALĂ ÎN CLIMATUL TROPICAL

Poate că cea mai surprinzătoare diferență între chirurgia abdomenului acut din zonele cu climat tropical și cea din zonele cu climat temperat se poate găsi în marele grup al ocluziilor intestinale. Hernia strangulată pare să fie la fel de frecventă în ambele climate; în schimb, aproape în fiecare din celelalte stări clinice abdominale, chirurgul va descoperi diferențe neașteptate. În anumite zone ale Africii și în India, invaginația este prezentă ca factor cauzal în 20—30% din toate cazurile de ocluzie intestinală, în timp ce, în alte zone tropicale, volvulusul, la nivelul intestinului subțire sau al intestinului gros, poate fi prezent până la 1/5 din toate cazurile. Cancerul de colon este o cauză foarte rară de ocluzie intestinală la tropice. În schimb, se întâlnește foarte frecvent *ocluzia intestinului subțire prin aglomerarea unor mari masse de viermi rotunzi,* fapt care creează mari dificultăți de diagnostic sau provoacă surprize unui chirurg care intervine pe abdomen din diverse motive. Aceste masse formează uneori o formațiune tumorală palpabilă prin peretele abdominal.

Invaginația și volvulusul par să fie mai frecvente la populațiile din zonele rurale tropicale, în a căror dietă alimentară predomină din abundență vegetalele cu multiple reziduuri nedigerabile. În orașe, unde dieta este mai variată, invaginația și volvulusul sunt mult mai rare. Există o mare variabilitate în incidența diferitelor forme de ocluzie intestinală acută în regiunile Africii centrale. Aici, incidența invaginației la adulți și a volvulusului intestinelor subțire și gros este mai crescută, dar inci-

Scanned with OKEN Scanner

denţa ocluziei secundare unei tumori maligne a colonului este mai scăzută, comparativ cu zonele cu climat temperat.

Diferenţe similare privind incidenţa diferitelor forme de crize abdominale acute au fost publicate de Prof. I. W. J. McAdam de la spitalul Mulago din Kampala (Uganda) care, din 1958 până în 1960, consemnează 841 de urgenţe abdominale non-traumatice, din care 794 au fost ocluzii intestinale, 14 — ulcere peptice perforate, 21 apendicite, 7 colecistite, 1 caz de calcul renal şi 4 cazuri de pancreatită acută. Din totalul de 794 de ocluzii intestinale, 594 erau hernii externe strangulate, 110 — volvulusuri, 30 invaginaţii, 32 aderenţe şi benzi, 8 stenoze pilorice la adulţi şi 10 anomalii congenitale şi neoplasme.

Forma comună de invaginaţie a adultului în climatul tropical se manifestă ca o tumoră, cu formă de „cârnat", care nu provoacă o ocluzie completă şi nici scaune sanguinolente. Simptomele volvulusului de sigmoid sunt descrise în capitolul 13. Simptomele volvulusului intestinului subţire şi ale volvulusului dublu (în care se împletesc porţiuni de intestin subţire şi de intestin gros) sunt mult mai acute, cu dureri severe, colaps şi apariţia gangrenei anselor intestinale închise. în afară de cazul când o operaţie făcută la timp poate înlătura o stare clinică atât de gravă.

DIAGNOSTICUL REGIONAL AL CRIZELOR ABDOMINALE ÎN CLIMATUL TROPICAL

Durerea acută, spontană şi provocată prin palpare, la nivelul hipocondrului drept. În acest context, prima afecţiune care trebuie exclusă este hepatita acută de origine amebiană, iar posibilitatea care trebuie considerată este hepatita malarică. Miozita tropicală ar putea fi exclusă prin examinarea muşchilor, alţii decât cei ai peretelui abdominal. Dacă toate aceste stări clinice vor fi excluse, vor rămâne mai departe în discuţie fie colecistita acută, fie ulcerul duodenal perforat.

Durerea în cadranul inferior drept al abdomenului. Posibilităţile unei apendicite într-un climat tropical sunt diferite în comparaţie cu cele dintr-un climat temperat. Apendicita este, comparativ, mai rară la populaţia băştinaşă. Ea este, de asemenea, mai rară în India, precum şi în zonele mai izolate în Africa şi China. Totuşi, în oraşele mari există, de obicei, o incidenţă mai crescută a apendicitei.

În regiunile tropicale, deci, durerea spontană şi sensibilitatea dureroasă la palpare în fosa iliacă dreaptă nu sunt neapărat provocate de o apendicită, ci, mai probabil, trebuie luate în consideraţie o colită amebiană, o ruptură de abces hepatic amebian, o invaginaţie intestinală sau o piomiozită a iliopsoasului.

Natura insidioasă a colitei amebiene permite ca o leziune patologică considerabilă să fie prezentă, dar fără prea multe simptome. Ulceraţia cecală poate fi însoţită de o tumefiere considerabilă a intestinului, dar

Scanned with OKEN Scanner

fără să producă simptome dizenterice. Dacă, într-un astfel de caz, apare durerea, iar în fosa iliacă dreaptă se palpează o formațiune tumorală și dacă, în plus, mai survine o febră ușoară, vor fi create condițiile unei diagnosticări eronate de apendicită, cu indicație operatorie. Dar, cercetarea obligatorie a prezenței amebei în scaun, precum și testul terapeutic crucial antiamebian precizează diagnosticul și previn o intervenție chirurgicală inutilă.

Scurgerea progresivă, în jos, spre fosa iliacă dreaptă, prin șanțul paracolic, a conținutului unui abces hepatic fisurat, provoacă durere locală ce ar sugera o apendicită acută. Examinarea atentă a regiunii hepatice ar putea însă fi suficientă pentru înlăturarea diagnosticului de apendicită. Pacienții cu invaginație furnizează o anamneză diferită, evocând o altă simptomatologie, iar examenul clinic, adesea, poate evidenția o formațiune tumorală mobilă.

Durerea spontană și provocată prin palpare la nivelul cadranului superior stâng al abdomenului. În acest context, cauza cea mai frecventă a durerii este oferită de patologia splinei. Multe boli tropicale pot produce splenomegalie, cum ar fi: malaria, kala-azar, anemia drepanocitară și altele. O astfel de splină patologică, mărită, se poate rupe cu ușurință la un traumatism minim sau inaparent. Indiferent de boală, splina este foarte predispusă a fi ruptă la cea mai mică violență sau lovitură aplicată în porțiunea inferioară a hemitoracelui stâng sau în regiunea superioară stângă a abdomenului. Hemoragia care rezultă poate fi inițial localizată subcapsular, dar există întotdeauna pericolul ca, ulterior, să invadeze cavitatea peritoneală generală.

Când se rupe o splină, este important de reținut, în plus față de orice alt semn local de traumatism, că apare o durere puternică în vârful umărului stâng, așa-numita durere de tip „frenic", iar frecvența pulsului crește progresiv. Aspirarea prin puncție a cavității abdominale poate revela prezența sângelui, la fel de indicativă pentru hemoragie fiind și valoarea hematocritului. Durerea locală la nivelul splinei poate fi amplificată prin inspirație profundă. Stările clinice care necesită a fi diferențiate în diagnosticul unei rupturi de splină sunt pleurezia în hemitoracele stâng, precum și piomiozita mușchilor dorsolombari, în spate și pe flancuri.

Scanned with OKEN Scanner

24. Afecțiuni ce pot simula abdomenul acut

Există numeroase afecțiuni care fie că nu necesită, sau chiar contraindică, o intervenție chirurgicală, dar care, totuși, ar putea produce simptome ce sugerează anumite stări clinice pentru care operația s-ar impune ca cel mai indicat procedeu terapeutic. Uneori, astfel de simptome sunt determinate de afecțiuni cu localizare abdominală; alteori, durerea, ca simptom principal, este doar simțită în abdomen, dar este determinată de afecțiuni cu localizare lezională extraabdominală (cum ar fi toracele sau coloana vertebrală).

BOLI GENERALE

Durerea abdominală și vărsăturile sunt simptome care apar destul de frecvent ca manifestări incipiente ale unor stări febrile prin infecții bacteriene sau virale (gripă etc.), mai ales la copii; dar, în astfel de cazuri, simptomele generale cântăresc mai greu decât manifestările locale Febra va fi prezentă încă de la debut, dar indispoziția generală va fi mai mare, în timp ce, la nivel local, nu vor apărea nici rigiditatea mușchilor abdominali și nici sensibilitatea dureroasă la palpare, care ar putea sugera o inflamație intraabdominală. Tocmai această discrepanță îl poate ajuta pe clinicianul observator să se orienteze corect spre diagnostic. Ocazional, se poate întâmpla ca simptomele locale abdominale să preceadă manifestările generale ale gripei. Astfel, durerea poate fi accentuată, ca o colică severă, iar, dacă mai există și vărsături, s-ar putea suspiciona o ocluzie intestinală acută. Trebuie menționat însă faptul că vărsăturile nu tind niciodată să devină fecaloide, iar după apariția simptomelor generale ale gripei se poate transa diagnosticul. În timpul unei epidemii de gripă, un medic observator neavizat ar putea interpreta o afecțiune abdominală acută reală drept un episod gripal cu simptome gastrice, ceea ce ar constitui o serioasă eroare.

Diabetul zaharat. Adesea, iminența unei come diabetice poate fi anunțată și prin dureri abdominale accentuate și vărsături și, de asemenea, uneori chiar prin rigiditatea și sensibilitatea la palpare a peretelui abdominal. Există, deci, posibilitatea de a se diagnostica eronat aceste manifestări diabetice drept o inflamație abdominală acută, și, în adevăr, se cunosc astfel de confuzii.

Scanned with OKEN Scanner

În scopul evitării lor, primul pas constă în examinarea de rutină a urinei, pentru prezența glucozei. Dacă aceasta există, trebuie căutați corpii cetonici. Prezența glicozuriei și a cetonuriei sugerează diabet zaharat. Evoluția simptomelor abdominale și starea diabetică trebuie urmărite atent, iar tratamentul cu insulină trebuie efectuat cât mai rapid. Dacă simptomele abdominale sunt datorate numai diabetului, ele se amendează la fel de rapid, această probă terapeutică confirmând diagnosticul. Dacă însă simptomele abdominale se mențin, chirurgul poate fi sigur că există o stare clinică serioasă intraabdominală, care trebuie descoperită, deoarece ea ar fi putut să declanșeze sau să întrețină decompensarea unui diabet coexistent. Se subliniază importanța investigării raportului dintre *clearance*-ul amilazei și al creatininei, care este crescut (vezi capitolul 8).

Febra tifoidă. Febra tifoidă se însoțește uneori de dureri abdominale spontane și de o sensibilitate dureroasă la palpare, în special în fosa iliacă dreaptă (vezi capitolul 7).

Malaria. Malaria poate provoca dureri abdominale severe, în special în climatul tropical, dar aspectul caracteristic al curbei febrile și examenul hematologic sunt suficiente pentru precizarea sau infirmarea diagnosticului de malarie.

Peritonita tuberculoasă. Peritonita TBC poate provoca dureri abdominale vagi, distensie abdominală și revărsat lichidian în peritoneu. Ocazional, acest tablou clinic poate da naștere opiniei că s-ar datora unei afecțiuni abdominale acute. Dar, instalarea treptată a simptomelor, aspectul tumefiat al abdomenului, lipsa rigidității și a sensibilității profunde la palpare, precum și prezența stigmatelor TBC în alte zone ale organismului pot fi elemente suficiente care să conducă la un diagnostic corect.

Nu trebuie uitat, totuși, că în evoluția peritonitei tuberculoase ar putea uneori să apară o ocluzie intestinală sau o peritonită perforativă, care, ambele, ar necesita un tratament operator. Uneori, când regiunea ileocecală este în mod extensiv implicată în procesul TBC, intestinul, devenit aderent în fosa iliacă dreaptă, poate simula o apendicită acută.

Toxiinfecția alimentară. Această stare clinică poate da naștere unor dureri abdominale, cu vărsături și uneori colaps. Există aici o serioasă capcană. Mulți pacienți care au în realitate apendicele sau stomacul perforat, necesitând intervenție chirurgicală, consideră apariția tulburărilor abdominale menționate mai sus ca fiind cauzate de ingerarea unui anumit articol alimentar alterat din dietă. În felul acesta, se pierde timp prețios până când cineva s-ar gândi la oportunitatea unei intervenții chirurgicale. În cazul toxiinfecției alimentare, simptomele apar de obicei curând după ingestia unui aliment suspect de a fi alterat. În mod frecvent, mai multe persoane din anturaj se pot îmbolnăvi simultan. Deși simptomele generale sunt asemănătoare, starea clinică abdominală lo-

Scanned with OKEN Scanner

cală, în fiecare caz, nu este de natură să sugereze prezența unei peritonite (lipsa rigidității) sau a unei ocluzii intestinale severe (lipsa vărsăturilor fecaloide), astfel încât, de obicei, nu ar exista dificultăți de diagnostic atunci când pacientul este ținut sub observație clinică atentă

Colica saturnină (vezi capitolul 12).

Boala Bornholm. Boala Bornholm, sau pleurodinia epidemică (sau miozita epidemică), are uneori un debut care ar sugera, în mod eronat, o afecțiune abdominală acută. Miozita epidemică afectează în special mușchii umărului, mușchii toracelui (intercostali) sau pe cei abdominali, care devin foarte dureroși. Dacă musculatura abdominală este în principal afectată, o examinare superficială a bolnavului ar putea duce la suspicionarea unei apendicite acute, deoarece se poate nota și o sensibilitate dureroasă la palparea abdomenului inferior, precum și o hiperestezie în zona de distribuție a nervilor toracali IX, X și XI. Există și o ușoară febră, adesea dureri de cap, greață și uneori diaree. Diagnosticul diferențial nu pare a fi dificil, deoarece sensibilitatea musculară se găsește, de asemenea, în mod caracteristic și la nivelul mușchilor toracali, intercostali, există, deseori, dureri provocate de mișcările respiratorii și, uneori, frecătură pleurală. În plus, boala fiind epidemică, în același timp se semnalează și alte câteva cazuri.

BOLI HEMATOLOGICE

Porfiria acută. Această afecțiune se poate manifesta prin crize acute de dureri abdominale, care, ocazional, pot fi greșit interpretate ca apendicită sau ocluzie intestinală. Porfiria acută trebuie avută în vedere în mod particular atunci când pacientul a consumat anterior crizei medicamente de tip sulfonamidă sau din grupul barbituricelor (vezi capitolul 7).

Leucemia. Am cunoscut cazuri de leucemie care se prezentau ca o urgență de abdomen acut. Din istoricul unui pacient se poate nota o lungă perioadă de indigestie, o febră neregulată apărută recent și semne de anemie; de asemenea, la examenul clinic se puteau nota: o matitate a hipocondrului stâng, cu rigiditate și sensibilitate dureroasă accentuată la palpare, totul simulând un abces subfrenic secundar unui ulcer gastric perforat și acoperit. Totuși, numărătoarea de leucocite, arătând 240 000, a stabilit diagnosticul de leucemie. Reacția locală acută era datorată stării de tensiune la nivelul splinei mărite, amenințând cu ruptura acesteia, care, de altfel, s-a produs puțin timp după aceea.

Anemia pernicioasă. Unele crize dureroase abdominale intense, însoțite de vărsături (și, uneori, de diaree) pot apărea în unele cazuri de *anemie pernicioasă,* dar care rareori ridică dificultăți serioase de diagnosticare. Am menționat deja unele dureri abdominale acute care ar putea apărea în evoluția anemiei drepanocitare, la negri.

Scanned with OKEN Scanner

CRIZELE HEMOLITICE

Este bine cunoscut faptul că o criză hemolitică este uneori asociată cu atacuri de dureri abdominale acute, însoțite de greață, vărsături, febră și sensibilitate dureroasă la palparea abdomenului. Aceste episoade coincid cu o creștere în intensitate a icterului și a anemiei. Cauza acestor dureri abdominale în timpul crizelor hemolitice nu este cunoscută până în prezent. Întrucât mulți dintre pacienții cu anemie hemolitică prezintă calculi biliari pigmentari, acest fapt este de natură să ridice dificultăți considerabile pentru diagnostic. Totuși, lipsa simptomelor tipice de colică biliară sau de colecistită, evidența semnelor de hemoliză majoră, precum și anemia caracteristică pot servi pentru precizarea diagnosticului.

BOLI TORACICE

Pleurezia sau pleuropneumonia. Fiecare în parte, sau ambele stări clinice pot provoca dureri abdominale și rigiditate, acompaniate de vărsături. Dacă pleurezia rezultă din pneumonie sau dintr-un infarct pulmonar, durerea abdominală este adesea prezentă. În unele cazuri, cele două afecțiuni toracice se deosebesc foarte ușor de cele abdominale gradație simptomelor de la nivelul toracelui; în schimb, la copii, unde semnele toracice sunt adesea tardive ca apariție, iar semnele pleureziei diafragmatice sunt foarte puține, stabilirea diagnosticului este extrem de dificilă. Un tabel al principalelor aspecte de diagnostic diferențial între patologia acută abdominală și patologia acută toracică este redat în continuare.

Tabel comparativ al simptomelor afecțiunilor abdominale acute și ale celor toracice acute (pleurale sau pneumonice)

Afecțiuni abdominale	*Afecțiuni toracice (pleurale sau pneumonice)*
Anamneză (istoric)	
Indigestie	Guturai sau „răceală obișnuită"
Dureri colicative	Expunere la infecții respiratorii sau diferite operații în trecut
Constipație	
Diaree	
Debut	
Acut, fără febră (excepție, pielita)	Acut, cu febră de la început
Frison (foarte rar) (excepție, pielita)	Frison frecvent
Vărsături frecvente	Vărsături mult mai rare
Durere cu iradiere inferioară	Durere toracică și/sau abdominală

Examen clinic

Aspect general Variază de la normal la facies „abdominal", „peritonitic"	Pomeți hiperemiați Bătăi ale aripilor nasului Uneori herpes al buzelor
Tegumente Reci sau umede sau normale	Fierbinți și uscate
Puls și respirație (P & R) Nu reprezintă un indicator sigur	Raportul P : R scăzut
Peretele abdominal Poate fi rigid	În mod frecvent nu este rigid
Durerea frenică în umăr Frecventă, rar sub claviculă	Obișnuită, în special sub claviculă
Testul psoasului Adesea pozitiv	Totdeauna negativ
Testul mușchiului obturator Uneori (rar) pozitiv	Totdeauna negativ
Durerea testiculară Uneori prezentă	Niciodată prezentă
Examinarea prin tușeu rectal Poate provoca durere sau poate evidenția o massă tumorală	Rezultat negativ
Examinarea toracelui Frecvent, ușoare frecături pleurale în leziunile abdomenului superior	Posibile frecături pleurale sau matitate sau respirație cu raluri bronșice, dar, uneori, nimic definit la debutul simptomelor

Un alt test clinic având posibilitate de diferențiere este ilustrat în fig. 35. În principiu, dacă durerea este unilaterală și are o origine abdominală, atunci presiunea abdominală manuală, provenind din partea opusă a abdomenului în direcția părții afectate, va provoca o durere mai mare; dacă durerea unilaterală are o origine toracică, atunci presiunea abdominală manuală descrisă mai sus nu va provoca nici un fel de durere.

Bolile cardiace acute. Există boli cardiace care se manifestă prin simptomatologie abdominală. Durerea epigastrică spontană și sensibilitatea dureroasă la palparea hipocondrului drept pot fi întâlnite atunci când ficatul este congestionat și mărit prin retropresiune crescută, de origine cardiacă, dar greața și vărsăturile sunt rare, în ciuda unor dureri intense. Vărsăturile constituie un simptom destul de frecvent la cei cu infarct miocardic, iar un colaps sever poate anunța apariția unei crize de pericardită sau poate acompania o insuficiență cardiacă acută. Ocazi-

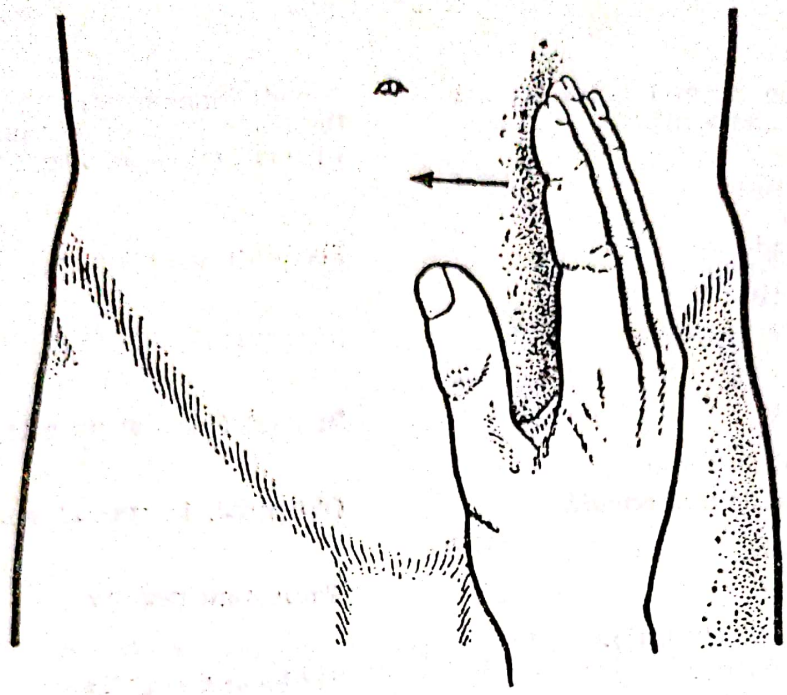


Fig. 35. Metoda de diferențiere între o durere abdominală dreaptă de origine toracică sau abdominală. (Dacă presiunea din partea stângă provoacă durere, atunci originea este abdominală.)

onal, am fost chemat de multe ori de pacienți cu endocardită, pericardită sau tromboză coronariană, interpretate, eronat, drept afecțiuni abdominale. Este inutil de subliniat că pentru orice caz dubios sistemul circulator trebuie examinat cu cea mai mare atenție. Trebuie, deci, cercetată matitatea cardiacă și cea hepatică, auscultate zgomotele cardiace, notate cu multă grijă: caracterul, viteza pulsului, existența pulsațiilor venoase, și măsurată tensiunea arterială. Dacă, după toate acestea, mai persistă încă dubii, trebuie efectuată electrocardiograma, mai ales pentru a diferenția un infarct miocardic de o colică biliară. Totuși, o colică biliară se va diferenția ceva mai greu de o angină pectorală (vezi capitolul 10).

Unul din cazurile la care, personal, am avut îndoieli diagnostice a fost un bărbat de 60 de ani, care m-a chemat de urgență în mijlocul nopții pentru un presupus ulcer gastric perforat. De un an pacientul se găsea sub tratament pentru ulcer gastric, care provoca frecvente crize de indigestie. Cu câteva ore înainte de sosirea mea, el a acuzat brusc o durere violentă și a intrat într-o stare de colaps. Totuși, eu l-am găsit în stare de conștiență, chiar foarte vorbăreț, dar extrem de epuizat, cu respirație foarte scurtă și rapidă, pulsul imperceptibil la radială sau la arterele brahiale, alura ventriculară de 160 de bătăi/min, iar venele superficiale ale gâtului vizibil pulsatile. Ficatul era moale și mărit, coborât până la ombilic. Durerea era simțită pe brațul stâng, iradiind în jos, până la cot. Am diagnosticat insuficiență cardiacă și angină pectorală,

Scanned with OKEN Scanner

refuzând recomandarea intervenției chirurgicale. După cinci ore, pacientul a murit. Examinarea post-mortem a cavității abdominale nu a decelat nici ulcer gastric și nici peritonită. Toracele nu a fost examinat, dar era clar că frecventele crize de indigestie nu erau altceva decât crize ușoare de angină pectorală. Diagnosticul de insuficiență cardiacă nu ar fi pus atâtea probleme dacă nu s-ar fi acordat, în prealabil, atâta importanță diagnosticului de ulcer gastric.

De obicei, insuficiența cardiacă nu provoacă rigiditate adevărată a peretelui abdominal, deși presiunea unui ficat moale și mărit, prin stază, ar fi putut să provoace o oarecare rezistență musculară. În cazul pericarditei acute, totuși, s-ar putea întâlni o rigiditate adevărată a peretelui abdominal, dar aceasta nu ar fi fost acompaniată și de alte semne ale bolii abdomenului acut. În evoluția pericarditei, de asemenea, ar putea apărea așa-numita durere frenică, care se simte sub clavicula stângă. Această durere semnificativă care iradiază în jos, în brațul stâng, și care este prezentă uneori în cardiopatii, poate să fie de mare folos pentru diagnostic.

BOLI ALE COLOANEI VERTEBRALE SAU ALE MĂDUVEI SPINĂRII

Osteomielita. Osteomielita acută a vertebrelor dorsale și lombare poate provoca dureri abdominale și rigiditate a peretelui abdominal, dar sensibilitatea dureroasă accentuată la palparea și presiunea coloanei vertebrale afectate atrag atenția asupra originii durerii și a diagnosticului.

La copii, durerea abdominală acută, epigastrică sau ombilicală, poate fi consecința *morbului Pott al coloanei vertebrale.* Absența semnelor abdominale implică, natural, obligația de a examina atent coloana, pentru a permite diagnosticarea acestei afecțiuni vertebrale.

Tabesul dorsal. Această stare clinică, acum din ce în ce mai rar întâlnită, poate provoca dureri abdominale severe, sub forma unor *crize gastrice tabetice,* caracteristice. Crizele, deși mai frecvente la adulți, pot apărea, de asemenea, și la copiii afectați de tabesul juvenil. Durerile pot fi foarte puternice și însoțite de vărsături incoercibile, greu de controlat. Important de reținut este faptul că peretele abdominal nu este rigid în intervalele dintre crizele dureroase gastrice.

Dacă ar exista cea mai mică îndoială asupra diagnosticului, regula ar fi să se cerceteze reacțiile pupilare, precum și reflexele osteotendinoase la genunchi, pentru a se evita eroarea gravă de a recomanda deschiderea chirurgicală a abdomenului când durerile sunt datorate tabesului dorsal. Nu trebuie uitat, totuși, și reversul medaliei: orice urgență de abdomen acut reală poate să apară și la bolnavul tabetic, în care caz nu trebuie ezitat în recomandarea operației atunci când semnele locale sunt clare.

Herpesul zoster. Herpesul zoster, localizat la rădăcinile spinale dorsale inferioare, poate produce dureri acute la nivelul părții antero-late-

Scanned with OKEN Scanner

rale a peretelui abdominal. Când durerea precedă erupția veziculară caracteristică bolii, se poate ajunge cu ușurință la suspicionarea eronată a unei afecțiuni intraabdominale de resort chirurgical. Durerea este net delimitată de distribuția segmentală a nervilor afectați, iar apariția veziculelor caracteristice poate explica natura acesteia, eventual confirmând și alte semne ale herpesului zoster.

BOLI RENALE

Afecțiunile majore ale rinichilor pot duce la uremie, care poate fi însoțită de vărsături și distensie abdominală, în care caz ar simula îndeaproape ocluzia intestinală. Această situație poate apărea în nefrita acută, în nefrita cronică, în boala polichistică bilaterală a rinichilor sau în pionefroze.

Dacă, în orice caz de ocluzie intestinală, practicianul ar avea în minte posibilitatea existenței uremiei, diagnosticul ar fi mai ușor de pus, considerând în plus și cele câteva elemente de diagnostic diferențial, grupate în tabelul de mai jos:

Ocluzia intestinală	*Ocluzia simulată prin uremie*
Vărsături care tind să devină fecaloide	Vărsături care nu sunt fecaloide
Dacă ocluzia este joasă, tranzitul intestinal pentru gaze și materii fecale este blocat	Tranzitul intestinal pentru gaze și materii fecale este prezent după clismă
Prezența în antecedente a unor crize subacute de ocluzie intestinală	Prezența în antecedente a unor boli renale, medicale sau chirurgicale
Nu se palpează formațiuni tumorale renale	Se palpează formațiuni tumorale în boala chistică bilaterală renală
Tensiunea arterială este de obicei normală	Tensiunea arterială este crescută

Având mereu în minte posibilitatea ca uremia să simuleze o ocluzie intestinală, devine foarte rară confuzia privind aceste două stări clinice.

PERIARTERITA NODOASĂ

Durerea abdominală care ar determina suspicionarea unei apendicite, colecistite, a unui ulcer peptic sau a pancreatitei poate să apară și la pacienții suferind de *periarteritis nodosa*. Greața și vărsăturile pot fi, de asemenea, prezente. Ca regulă, se admite că simptomele generale ale acestei boli — febra, indispoziția, scăderea ponderală și simptomele

cardiace — pot fi de ajutor în stabilirea diagnosticului; dar, dacă durerea abdominală apare într-o perioadă de remisiune a bolii, este nevoie de o foarte atentă anamneză, pentru evitarea unor decizii greșite. Este important de subliniat faptul că unii pacienți cu periarterită sau cu alte boli vasculare implicând colagenul, cum ar fi lupusul, pot dezvolta perforații intestinale focale, în mod particular cei care au urmat tratamente mai intensive cu hidrocortizon sau preparate steroidiene similare. Deci, este nevoie de o atenție deosebită în interpretarea oricărei dureri abdominale pe toată perioada administrării tratamentului cortizolic, pentru a depista prezența unei peritonite posibile, în condițiile în care acest tratament maschează simptomele și semnele de peritonită.

FEBRA MEDITERANEANĂ FAMILIALĂ

Aproape invariabil, această boală apare la populația băștinașă din bazinul Mării Mediterane. Boala poate începe în copilărie, dar cel mai frecvent debutează în adolescență. Sindromul este caracterizat prin febră recurentă și poliserozită. Bărbații sunt afectați mai des decât femeile. Anorexia, starea de rău general și cefaleea sunt simptome care, deseori, precedă criza de durere intensă abdominală. Afecțiunea este moștenită, probabil, ca o caracteristică autosomal recesivă, unică.

Febra până la 105°F (40,6°C), însoțită de frisoane, este în mod constant prezentă, iar durerea abdominală extrem de chinuitoare precedă sau acompaniază debutul prin febră. Durerea este difuză, nu iradiază și poate dura 6 până la 72 de ore. Episoadele pot apărea la intervale regulate sau neregulate. Greața, vărsăturile, durerea toracică unilaterală, artralgiile și mialgiile sunt simptome frecvente. Prezența inflamației membranelor sinoviale poate constitui un mare ajutor diagnostic. O radiografie toracică simplă poate evidenția uneori un revărsat pleural. Abdomenul poate prezenta semne de peritonită generalizată, de intensitate variabilă.

Diagnosticul poate fi extrem de dificil, mai ales cu ocazia primului puseu, dar anamneza este de mare ajutor. Dacă laparotomia este în mod greșit efectuată, organele din cavitatea abdominală vor fi găsite cu un aspect normal, dar, totuși, cu prezența unui exsudat fibrinopurulent pe suprafețele peritoneale.

ARACHNIDISMUL (INTOXICAȚIA PRIN MUȘCĂTURĂ DE PĂIANJEN)

Dacă anamneza unui bolnav care se prezintă cu dureri abdominale generalizate relevă în antecedentele recente istoricul unei mușcături de păianjen negru, diagnosticul este evident. Dar, de multe ori, pacientul nu-și amintește de mușcătură. Diagnosticul este suspectat atunci când pacientul, înainte de apariția durerii, a umblat prin zone populate cu

păianjeni, în subsoluri, prin dependințele clădirilor cu grămezi de lemn sau deșeuri etc.

Durerea abdominală, care debutează de obicei cam după 30—40 de minute după mușcătură, este difuză, foarte severă și cu caracter de crampă. Ea durează aproximativ între 12 și 48 de ore. Abdomenul prezintă și o rigiditate severă, precum și semne de ileus paralitic.

Nu există teste de laborator patognomonice, astfel că diagnosticul trebuie să fie stabilit numai pe baze clinice. În acest scop, în afară de istoricul mușcăturii din anamneză, cel mai bun indiciu ar fi descoperirea locului unde s-a produs leziunea, de obicei o mică pată roșie, ușor tumefiată, la nivelul tegumentelor membrelor inferioare sau al organelor genitale. În plus, pacientul mai poate simți dureri separate, în alte grupe de mușchi, în membre, torace sau regiunea posterioară.

INSUFICIENȚA CORTICOSUPRARENALĂ

Insuficiența corticosuprarenală poate, uneori, printre altele, să provoace dureri abdominale destul de mari. Există mai multe forme de insuficiență corticosuprarenală. Una dintre cele mai frecvent întâlnite este aceea care apare la bolnavii tratați, pentru diferite alte boli, cu doze mari și prelungite de hormoni glucocorticoizi exogeni, punând astfel complet în repaus, pentru o perioadă variabilă, secreția proprie de cortizon endogen. Dacă acest tratament intempestiv a fost întrerupt brusc, și nu treptat, este normal să apară un model special de insuficiență corticosuprarenală acută, implicit cu durere abdominală, a cărui corectare depinde de reluarea imediată a corticoterapiei. Acest model special se întâlnește mult mai frecvent decât insuficiențele corticosuprarenale clasice, prin hemoragia bilaterală a glandelor sau prin tuberculoză. Hemoragia poate, ocazional, să fie facilitată de un tratament anticoagulant concomitent, care ar determina dureri în flancuri, urmate la scurt timp de simptomele caracteristice ale insuficienței corticosuprarenale.

Durerea abdominală este, de obicei, continuă, severă, cu intensitate maximă în epigastru. Printre alte date utile în vederea diagnosticului se mai notează: abdomen moale, insensibil la palpare, anorexie, greață, vărsături și febră mare, aproape invariabil prezentă. Medicii, în general, nu fac o legătură între febra mare și insuficiența corticosuprarenală.

In formele spontane de insuficiență corticosuprarenală pot fi prezente hiperpigmentația tegumentelor și a mucoaselor și, uneori, vitiligo. În plus, dozarea cortizolemiei este net scăzută, la fel și natriemia; în schimb, potasiul este crescut. În forma clinică specială de insuficiență corticosuprarenală, varianta de departe cea mai frecventă, explorările paraclinice ionice sunt deseori normale, creând confuzii. În orice caz, proba terapeutică, adică reluarea imediată a corticoterapiei, precizează diagnosticul, prin dispariția rapidă, în câteva ore, a durerilor abdominale și chiar a febrei.

Scanned with OKEN Scanner

25. Durerea abdominală acută la pacientul imunocompromis

Recenta epidemie de AIDS *(acquired immunodeficiency syndrome)*, sindrom cunoscut, de asemenea, sub numele de SIDA, și folosirea pe scară tot mai largă a medicamentelor imunosupresoare fie în prevenirea rejecției la transplante, fie în tratamentul altor maladii au dus la recunoașterea faptului că există grupuri de pacienți foarte susceptibile la anumite boli rare, ce nu se întâlnesc frecvent în populația generală. Dacă pacienții supuși transplantului sau cei cu neoplasme supuși chimioterapiei sunt bine cunoscuți, nu același lucru se poate spune despre bolnavii de SIDA. Grupul social de pacienți cu risc crescut de a avea SIDA include: homosexualii sau bărbații bisexuali, prostituatele, narcomanii ce utilizează droguri pe cale i. v., politransfuzații, inclusiv hemofilicii, locuitorii din Zair, din alte zone din Africa sau transferați în Europa. Prezența unor limfadenopatii inexplicabile, mai ales dacă sunt localizate în două sau mai multe zone extrainghinale, sau date anamnestice privind o pneumonie cauzată de *Pneumocystis carinii* trebuie să trezească sau să mărească suspiciunea clinicianului pentru pacientul avut în grijă. La fel, patologia anorectală, incluzând abcesele și fistulele anorectale, sau rectita gonococică sunt frecvent întâlnite la bolnavii de SIDA. Nu este scopul acestui capitol de a discuta separat fiecare din urgențele abdominale acute care pot fi întâlnite la pacienții imunocompromiși, deoarece aceste stări clinice au fost descrise în capitolele precedente. Mai curând se urmărește a se reține atenția cititorului asupra varietății de posibilități clinice întâlnite la acești pacienți.

Atenuarea semnelor și a simptomelor

Ca și în cazul pacienților tratați intensiv cu corticosteroizi (vezi capitolul 23), semnele și simptomele sunt adesea atenuate la imunocompromiși, chiar și în prezența unei peritonite severe. De aceea, cel mai ușor grad de durere spontană, sensibilitatea la palpare sau distensia abdominală trebuie să fie evaluate cu atenție și urmărite cu toată seriozitatea. Creșterea temperaturii corpului tinde, de asemenea, să fie mai mică la bolnavii imunocompromiși în comparație cu cei non-compromiși. În nu-

Scanned with OKEN Scanner

meroase ocazii, totul se reduce numai la aprecierea semnelor și simptomelor minore, dar precise, care ar suferi modificări minime, decelabile la examinări atente și repetate la intervale mici, de câteva ore, pentru a obține date convingătoare pentru chirurg de a decide o laparotomie de urgență.

Perforațiile tractului gastrointestinal

Perforațiile tractului gastrointestinal pot apărea ca o consecință fie a unor infecții neobișnuite, fie a unor tumori sau unor cauze necunoscute.

Infecțiile cu citomegalovirus reprezintă una din cele mai frecvente cauze de perforație a colonului la imunocompromiși, uneori în asociație cu un tablou clinic de megacolon toxic. Perforații similare pot fi produse și prin *Cryptosporidium*. S-au raportat perforații ale intestinului subțire distal, produse prin granuloamele cazeoase secundare infecției cu *Mycobacterium tuberculosae* sau cu, mai puțin obișnuitul, *Mycobacterium aviare intracellulare* (MAI). De fapt, infecțiile cu *M. aviare* sunt mai frecvente la pacienții cu SIDA, decât infecțiile obișnuite cu *M. tuberculosae*. Astfel de infecții cu MAI sunt adesea larg diseminate. Evident, sunt întâlnite, de asemenea, și perforații în asociație cu stări clinice mai frecvente, cum ar fi apendicita acută și diverticulitele.

Limfoamele și sarcomul Kaposi sunt cele mai frecvente tumori întâlnite la pacienții cu SIDA și reprezintă, uneori, locul de predilecție al unor perforații ale intestinului subțire. Leziunile cutante pigmentate ale larg-răspânditului sarcom Kaposi sunt localizate cel mai frecvent la nivelul feței, capului, gâtului și chiar al cavității bucale. Prezența lor sugerează sarcomul visceral Kaposi.

Alte stări clinice

Colecistita acută, adesea nelitiazică, este frecvent întâlnită la pacienții imunocompromiși. Diagnosticul trebuie să se bazeze în special pe anamneză și pe examenul fizic, deoarece ultrasonografia și colecistografia pot fi înșelătoare în absența calculilor biliari. Peretele colecistului și/sau conținutul biliar pot fi infectate cu cytomegalovirus, *Candida albicans*, *Salmonella* sau *Cryptosporidium*. Grade diferite de icter pot apărea uneori din cauza unor multiple stricturi la nivelul coledocului, dar și al ductelor biliare intrahepatice, ca rezultat al unei infecții cu *Crypto-*

Scanned with OKEN Scanner

sporidium. Dacă prezența acestor stricturi este recunoscută, intervenția chirurgicală este contraindicată.

Ocluzia intestinală poate fi secundară unei obstrucții luminale directe, dar și unui proces de invaginație secundar sarcomului Kaposi, unui limfom sau, în unele cazuri, unui granulom intestinal.

Abcesele splenice, determinate de *Candida* sau *Salmonella*, nu sunt rare, și ele se pot fisura sau rupe, provocând un tablou clinic de peritonită localizată sau generalizată. Această complicație necesită de obicei splenectomie pentru a preveni eventuale însămânțări ulterioare în cavitatea peritoneală. A fost descrisă la pacienții cu SIDA și o peritonită primară de cauză necunoscută, precum și o peritonită secundară prin ruptura unor ganglioni mezenterici în contextul unei *toxoplasmoze*.

Pneumonia cauzată de *Pneumocystis carinii* este extrem de frecventă la pacienții cu SIDA. Este important de a recunoaște această stare clinică frecventă, pentru a evita o operație inutilă și pentru că tratamentul durerii cu punct de plecare la nivelul pleurei poate oferi rezultate bune, mai ales dacă agentul infecțios răspunde evident la antibiotice adecvate. Totuși, dacă o durere abdominală acută, de tip nou, survine la un pacient cu o astfel de pneumonie, este posibil ca să corespundă oricărei stări clinice descrise mai sus.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

ISBN 973-39-0226-8

Redactor de carte: dr. IRINA BELOIU
Tehnoredactor: MARIAN ACHIM
Bun de tipar: 21.03.1994
Formatul: 16/70×100
Hârtie: scris IA 70×100/56
Coli tipar: 16,75

Tiparul executat sub cda. 341/1993,
la Imprimeria de Vest, Oradea,
str. Mareşal Ion Antonescu, nr. 105
România

59

›DIAGNOSTIC‹

2

·A·B·C·

ISBN 973-39-0226-8
Lei 4 500

Scanned with OKEN Scanner